

# **Barrières et Facilitateurs à la Pratique de l'Évaluation Clinique Infirmière : vers une amélioration de la Qualité des Soins et de la Sécurité des Patients**

**Travail de Bachelor**



**Lucia MARSET MARTINEZ**

N° matricule : 18431585

**Sejla MAKSUTI**

N° matricule : 17333022

Directrice : Arianne MARTINEZ – Maître d'enseignement HES

Membre du Jury : Line CLIVAZ – Infirmière spécialisée

**Octobre 2024**

Filière Soins infirmiers  
Haute école de santé de Genève

## DÉCLARATION

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie. Les formes d'Intelligence Artificielle utilisées sont mentionnées dans le travail ».

Fait à Genève, le 15 octobre 2024.

**Lucia MARSET MARTINEZ**



**Sejla MAKUTI**



## REMERCIEMENTS

Tout d'abord, nous tenons à remercier chaleureusement notre directrice de travail de bachelor, Mme Arianne Martinez, qui nous a accompagnées depuis l'initiation de notre projet. Son expertise en recherche en sciences infirmières et la discipline infirmière, ses conseils clairs, précis et enrichissants, ont été inestimables tout au long de ce travail. De même, nous sommes reconnaissantes pour sa disponibilité, sa bienveillance, sa patience, et pour son écoute attentive de nos besoins. Son implication et son soutien constant ont rendu la réalisation de ce projet non seulement possible, mais également satisfaisante.

Nous remercions nos familles et nos proches pour leur soutien durant ce travail et tout au long de notre formation, ainsi que mesdames Njomza Nura et Audrey Spaggiari pour leur relecture rigoureuse de ce travail de bachelor.

Enfin, nous souhaitons nous remercier l'une et l'autre pour le soutien mutuel que nous nous sommes apporté tout au long de ce projet. La réalisation de ce travail a été un défi, notamment en raison du sujet peu documenté dans la littérature scientifique. Cependant, ce sujet nous tenait particulièrement à cœur, car il concerne la pratique infirmière de demain, qui est déjà au cœur des évolutions actuelles. Nos compétences, tant complémentaires qu'opposées, nous ont permis de progresser et de travailler ensemble. Nous avons profondément apprécié cette expérience partagée et l'aide réciproque qui nous a permis de réussir ensemble.

Avec fierté, nous clôturons symboliquement nos trois années d'études en soins infirmiers à travers cette revue de la littérature, qui nous a fournies des connaissances précieuses et essentielles pour notre avenir professionnel.

Bonne lecture.

## **RÉSUMÉ**

### **Thème**

L'évaluation clinique, ancrée dans l'histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à son développement par Florence Nightingale dans le domaine des soins infirmiers, constitue un processus fondamental pour la pratique. Grâce à des méthodes systématiques, l'évaluation clinique infirmière (ECI) permet d'identifier les besoins de santé, d'anticiper les changements et d'intervenir rapidement. Cela favorise la prestation de soins de qualité et contribue à la sécurité des patients. Cependant, l'ECI reste souvent peu reconnue et, par conséquent, moins pratiquée.

### **Problématique**

Malgré la formation approfondie des infirmières et leur rôle central dans la détection des signes d'alerte, des recherches montrent que seulement une minorité d'entre elles applique systématiquement l'ECI dans la pratique quotidienne.

Ceci nous amène à nous interroger sur les raisons pour lesquelles les infirmières ne pratiquent pas l'ECI sur le terrain, et notamment sur les barrières et les facilitateurs associés à cette pratique dans le but d'améliorer et de promouvoir l'utilisation de l'ECI.

### **Méthode**

Une revue de la littérature a été menée entre 2023 et 2024 dans les bases de données PubMed et CINAHL. Les équations de recherche, basées sur la question de recherche finale, sur l'identification des critères d'inclusion et d'exclusion et sur l'évaluation de la rigueur scientifique des articles ont permis de sélectionner six articles.

Il est important de noter que la thématique de ce travail de bachelor est peu explorée et les recherches à ce sujet sont limitées.

La théorie de l'approche des soins fondés sur les forces de Gottlieb nous a permis de soutenir nos hypothèses en lien avec les résultats obtenus.

### **Résultats**

Les résultats montrent que près de la moitié des infirmières utilisent l'évaluation clinique quotidiennement, tandis que d'autres la pratiquent moins fréquemment.

L'analyse critique des articles sélectionnés a mis en lumière huit barrières principales à la pratique de l'examen physique : le domaine de spécialité, le manque de modèles de rôle, le manque de temps et interruptions, le manque de connaissances et d'expérience,

le manque de confiance, la culture du service, le manque d'influence sur les soins aux patients et la dépendance à l'égard des autres et de la technologie.

Certains des articles sélectionnés ont évoqué les facilitateurs liés à la pratique de l'examen physique, qui soulignent l'importance d'une formation structurée, encadrée et suivie.

### **Discussion/Conclusion**

Cette revue de la littérature fait émerger des disparités significatives dans l'utilisation de l'évaluation clinique par les infirmières. Pour surmonter ces obstacles, la sensibilisation à l'examen physique et le soutien des pairs apparaissent comme des facilitateurs essentiels. L'intégration de la théorie de Gottlieb, en tant que modèle de soins et une formation continue ciblée, pourrait à la fois redonner confiance aux infirmières dans leurs compétences cliniques et renforcer l'ECI dans leur pratique quotidienne, améliorant ainsi la sécurité des patients et la qualité des soins.

### **Mots-clés :**

Infirmières ; Barrières ; Facilitateurs ; Évaluation clinique infirmier ; Sécurité du patient ; Qualité des soins.

### **Keywords :**

Nurse; Barriers; Facilitator ; Symptom assessment ; Physical examination ; Clinical reasoning ; Patient safety ; Quality of health care ; Quality Improvement.

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

<b>ARSEG</b>	Association des directeurs de l'environnement du travail
<b>ASA</b>	Aide en soins et accompagnement
<b>ASFF</b>	Approche des soins fondés sur les forces
<b>ASSC</b>	Assistant en soins et santé communautaire
<b>CHUV</b>	Centre hospitalier universitaire vaudois
<b>CII</b>	Conseil International des Infirmières
<b>EC</b>	Évaluation clinique
<b>ECI</b>	Évaluation clinique infirmière
<b>EP</b>	Examen Physique
<b>ES</b>	Écoles Supérieures
<b>FKG CSS</b>	Conférence Spécialisée Santé des Hautes écoles spécialisées suisses
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HES</b>	Hautes Écoles Spécialisés
<b>HES-SO</b>	Haute École Spécialisée de Suisse occidentale
<b>ISO</b>	Organisation internationale de normalisation
<b>JBI</b>	Joanna Briggs Institute (UK)
<b>LPSan</b>	Loi sur les professionnels de la santé
<b>LSP</b>	Loi fédérale sur la santé publique
<b>MPAC</b>	Methodist Proficient Assessment Competency (UK)
<b>OFSP</b>	Office fédérale de la santé publique
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. : Mots-clés avec la méthode PICO .....	20
Tableau 2. : Équations de recherche .....	21
Tableau 3. : Tableau synoptique.....	35

## LISTE DES FIGURES

Figure 1: Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles.....	23
---	----

# TABLE DES MATIÈRES

DÉCLARATION.....	II
REMERCIEMENTS .....	III
RÉSUMÉ .....	IV
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	VI
LISTE DES TABLEAUX.....	VI
LISTE DES FIGURES .....	VI
TABLE DES MATIÈRES.....	VII
INTRODUCTION .....	9
<b>1. PROBLÉMATIQUE .....</b>	<b>9</b>
1.1. QUESTION DE RECHERCHE INITIALE .....	12
<b>2. ÉTAT DES CONNAISSANCES .....</b>	<b>12</b>
2.1. L'ÉVALUATION CLINIQUE INFIRMIÈRE .....	12
2.2. LA QUALITÉ DES SOINS .....	13
2.3. LA SÉCURITÉ POUR LE PATIENT .....	14
<b>3. L'APPROCHE EN SOINS INFIRMIERS FONDÉS SUR LES FORCES (ASFF).....</b>	<b>14</b>
3.1. MODÈLE THÉORIQUE RETENU.....	14
3.2. ANCRAGE DISCIPLINAIRE.....	15
3.2.1. <i>Métaconcepts</i> .....	17
3.2.1.1. La personne.....	17
3.2.1.2. Le soin .....	18
3.2.1.3. La santé .....	18
3.2.1.4. L'environnement .....	19
3.3. QUESTION DE RECHERCHE FINALE.....	19
<b>4. MÉTHODE.....</b>	<b>19</b>
4.1. SOURCES D'INFORMATION ET STRATÉGIES DE RECHERCHE .....	20
4.2. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION : .....	22
4.3. DIAGRAMME DE FLUX : .....	23
<b>5. RÉSULTATS .....</b>	<b>24</b>
5.1. ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES RETENUS .....	25
5.1.1. <i>La fréquence d'utilisation de l'examen physique</i> .....	25
5.1.2. <i>Les obstacles à la pratique de l'examen physique</i> .....	26
5.1.2.1. Domaine de spécialité.....	27

5.1.2.2.	Manque de modèles de rôle infirmiers .....	27
5.1.2.3.	Manque de temps et interruptions .....	28
5.1.2.4.	Manque de connaissances et d'expérience.....	28
5.1.2.5.	Manque de confiance.....	29
5.1.2.6.	Culture du service .....	29
5.1.2.7.	Manque d'influence sur les soins aux patients .....	31
5.1.2.8.	Dépendance à l'égard des autres et de la technologie.....	31
5.1.3.	<i>Les facilitateurs à la pratique de l'examen physique</i> .....	31
5.1.3.1.	Formation structurée, encadrée et suivie.....	32
5.1.3.2.	Recommandations à l'amélioration de la pratique de l'examen physique .....	34
5.2.	TABLEAU COMPARATIF.....	35
<b>6.</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>36</b>
<b>7.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>42</b>
7.1.	APPORTS DU TRAVAIL : .....	42
7.2.	LIMITES DU TRAVAIL : .....	42
7.3.	PERSPECTIVES POUR LES SOINS INFIRMIERS.....	43
7.3.1.	<i>Perspectives pour la recherche</i> .....	43
7.3.2.	<i>Perspectives pour la pratique clinique</i> .....	44
7.3.3.	<i>Perspectives pour l'enseignement</i> .....	45
<b>8.</b>	<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>47</b>
<b>9.</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>57</b>
9.1.	ANNEXE 1.....	57
9.2.	ANNEXE 2 – GRILLE D'ANALYSE JBI .....	58
9.2.1.	<i>Article 1 – Grille JBI</i> .....	58
9.2.2.	<i>Article 2 – Grille JBI</i> .....	59
9.2.3.	<i>Article 3 – Grille JBI</i> .....	60
9.2.4.	<i>Article 4 – Grille JBI</i> .....	61
9.2.5.	<i>Article 5 – Grille JBI</i> .....	62
9.2.6.	<i>Article 6 – Grille JBI</i> .....	63
9.3.	ANNEXE 3 : TABLEAUX DE SYNTHÈSE DES ARTICLES RETENUE POUR L'ANALYSE CRITIQUE .	64
9.3.1.	<i>Article 1</i> .....	64
9.3.2.	<i>Article 2</i> .....	67
9.3.3.	<i>Article 3</i> .....	71
9.3.4.	<i>Article 4</i> .....	74
9.3.5.	<i>Article 5</i> .....	76
9.3.6.	<i>Article 6</i> .....	80



## INTRODUCTION

D'après les données de l'Organisation mondiale de la Santé [OMS] (2019), les incidents survenus pendant les soins sont l'une des dix causes de maladie et de décès les plus fréquentes au monde. On les appelle les événements indésirables (Office fédérale de la santé publique [OFSP], 2023). De plus, selon Slawomirski L. et al. (2017), un patient sur dix subit des préjudices tandis qu'il reçoit des soins dans les hôpitaux des pays à revenus élevés (p.6). De Vries E. & al. (2008) nous informent que des événements indésirables surviennent dans 9,2% des cas et que 43,5% sont évitables (p.219). Les erreurs les plus importantes sont liées au diagnostic, aux prescriptions et à l'utilisation de médicaments (OMS, 2019).

D'après le rapport national sur la qualité et la sécurité des soins en Suisse dirigé par l'OFSP, 100 000 patients hospitalisés en Suisse subissent chaque année des préjudices liés aux soins (Vincent & Staines, 2019, p.27). Cela représenterait 12,3 % des patients, dont la moitié aurait pu être évitée avec des prestations appropriées (Vincent & Staines, 2019, p.17). Selon la Haute autorité de santé [HAS] (2022), les événements indésirables ont un impact sur le pronostic vital du patient, mais également sur la survenue de déficits fonctionnels sur le long terme et cela peut amener au décès du patient.

## 1. PROBLÉMATIQUE

Le corps infirmier est la profession qui passe le plus de temps au lit des patients (Kutney-Lee & Aiken, 2013, p.3). Durant sa formation académique, l'infirmière<sup>1</sup> acquiert de nombreuses connaissances et compétences qu'elle développera durant toute sa carrière professionnelle, lui permettant ainsi d'émettre un jugement adapté à chaque situation (Haute école spécialisée de Suisse occidentale [HES-SO], 2012, p.24). Ainsi, l'infirmière constitue le dernier filet de sécurité du patient, à même d'identifier en amont les signaux d'alerte cliniques liés aux changements de l'état de santé des patients (HES-SO, 2012, p.5). La conférence des recteurs des hautes écoles spécialisée en Suisse a émis le référentiel de compétences pour les soins infirmiers, ainsi, à la fin de la formation bachelor, les infirmières disposent de compétences génériques et spécifiques à la profession devant garantir une pratique de qualité (HES-SO, 2012, p.26). Le respect de ce référentiel pour les compétences des professionnels de la santé est une exigence légale au sens de la loi sur les professions de la santé [LPSan] (Conférence Spécialisée

---

<sup>1</sup> Nous avons choisi de mettre le terme au féminin pour des raisons d'efficacité à la rédaction. Néanmoins, nous y englobons le genre masculin également.

Santé des Hautes écoles spécialisées suisses [FKG CSS], 2021, p.3). L'évaluation clinique (EC)<sup>2</sup> fait partie des compétences infirmières pour un rôle autonome au niveau bachelor HES (HES-SO, 2012, p.5). Elle est une dimension du rôle d'expert en soins infirmiers, leur permettant de développer et d'émettre un jugement clinique et de prendre les décisions correspondantes (HES-SO, 2012, p.27). Dans le cadre de leur rôle de communicateur, les infirmières jouent un rôle essentiel en transmettant des informations pertinentes, en établissant des relations professionnelles de confiance et en favorisant une prise de décision éclairée (HES-SO, 2015, p.3). Cela souligne l'importance de l'évaluation clinique infirmière (ECI) dans la communication efficace des informations cruciales pour garantir des soins de qualité et la sécurité des patients. D'autant plus que l'examen physique est un composant essentiel du processus infirmier, elle fournit une base pour la promotion de la santé et facilite la communication avec d'autres professionnels de la santé (Colwell & Smith, 1985).

Par ailleurs, le 28 novembre 2021, l'initiative "Pour des soins infirmiers forts (initiatives sur les soins infirmiers)" a été acceptée. Cette initiative comprend 3 volets : la formation d'infirmières, la dotation en infirmières dans les institutions de soins, et la pratique clinique en adéquation avec les compétences acquises (art. 117b de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst.]). Ainsi, la Suisse est le premier pays au monde à mentionner les soins infirmiers dans sa constitution, menant la profession d'infirmière vers une évolution historique.

Enfin, les situations de soins rencontrées par le personnel infirmier sont toujours plus complexes et nécessitent une collaboration interprofessionnelle plus étroite (Centre hospitalier universitaire vaudois [CHUV], 2023). D'après Busnel et al. (2020), le terme « complexité » présente plusieurs aspects : d'abord, il fait référence au système et notamment au nombre important de parties qui interagissent entre elles ; elle peut également être définie conceptuellement par la nécessité d'adapter le système en réponse à un ensemble de phénomènes imprévisibles ; dans les soins, la complexité est souvent associée à la fragilité, à la vulnérabilité, aux comorbidités ou à la sévérité des événements (p.8). Morin (cité dans Busnel et al., 2020) dit que la complexité, c'est l'art de faire coexister les différentes théories dans nos interventions afin d'optimiser la qualité des soins (p.8). La pratique d'une évaluation clinique infirmière pointue permet de répondre à ces besoins et cette formation offre l'opportunité de systématiser et de

---

<sup>2</sup> Tout au long de ce travail, nous faisons référence à l'évaluation clinique faite par infirmière quand nous utilisons le terme EC.

perfectionner cette pratique (CHUV, 2023). L'évaluation clinique pratiquée par des infirmières formées contribue à la qualité des soins et la sécurité des patients (Aiken & Sloane, 2020, p.1 ; Doyon et al., 2017, p.13). Malheureusement, des recherches ont montré que seule une proportion allant de 1 à 35% des infirmières formées à l'évaluation clinique vont l'appliquer dans leur pratique clinique quotidienne (Massebiaux et al., 2016, p.59).

Ainsi, un taux plus élevé d'infirmières possédant un bachelor est associé à de meilleurs résultats (outcome) pour le patient, une diminution du taux de mortalité et des situations d'urgences « in extremis », une diminution du temps d'hospitalisation, une diminution du taux de réadmission, une diminution du taux de complications, et une meilleure évaluation de la qualité des soins et de la sécurité par les patients, mais aussi par les infirmières elles-mêmes (Aiken et al., 2013, p.160). Le remplacement des infirmières diplômées par d'autres professions de la santé (Aide-soignante, Assistant en soins et santé communautaire [ASSC], Aide en soins et accompagnement [ASA]) pourrait contribuer à des décès évitables (Aiken et al., 2017, p. 559).

Plusieurs hypothèses ont été émises sur les raisons du manque de pratique de l'évaluation clinique. D'abord, on pense qu'engager des infirmières diplômées augmenterait les coûts financiers. Or, des études scientifiques montrent qu'un personnel infirmier mieux formé et plus nombreux peut réduire les séjours hospitaliers et diminuer les complications évitables (Lasater et al., 2021, p.84 ; Aiken et al., 2014, p.7). Une étude menée par Aiken et al. (2014) a mis en évidence que pour chaque augmentation de 10 % du nombre d'infirmières titulaires d'un baccalauréat, la probabilité de décès des patients diminue de 7 %. L'engagement d'infirmières provenant de l'étranger peut avoir un impact négatif sur la qualité des soins. En effet, cela peut s'expliquer par le fait que le niveau de formation n'est pas le même dans tous les pays (Germack et al., 2015, p.1). Le ratio patient-infirmier est mis en lien avec la qualité des soins moins bonne (You et al., 2013, p.155). Selon une étude, les infirmières ont rapporté que certaines tâches infirmières importantes sont mises en raison d'un manque de temps (Aiken et al., 2013, p.146). Selon l'association des directeurs de l'environnement du travail [ARSEG] (2018), l'environnement de travail désigne l'ensemble des services et moyens matériels mis à disposition des employés pour qu'ils puissent effectuer les tâches demandées (p.2). L'environnement de travail a un impact sur les soins fournis (Aiken et al., 2011, p.357).

## **1.1. Question de recherche initiale**

Ainsi, la question de recherche initialement retenue est la suivante :

Quelle est la plus-value de la pratique de l'évaluation clinique infirmière par des infirmières de niveau bachelor sur la qualité des soins et la sécurité des patients ?

## **2. ÉTAT DES CONNAISSANCES**

Dans ce travail 3 concepts-clés sont ressorties. Nous allons développer dans les prochaines lignes : l'évaluation clinique infirmière, la qualité des soins, et la sécurité des patients.

### **2.1. L'évaluation clinique infirmière**

L'évaluation clinique apparaît avec Hippocrate, qui pratique la médecine au lit du malade en notant les changements physiologiques et psychologiques. Par la suite, l'évaluation clinique est développée, mais attribuée aux médecins (Sanchez, 2017).

L'évaluation clinique infirmière émerge au XIX<sup>e</sup> siècle avec Florence Nightingale identifiée comme la précurseur de cette pratique (Leclerc & Rexhaj, 2016, p.4). Elle formalise le rôle de l'infirmière : l'observation, la récolte et l'analyse de données, la formulation d'objectif, la planification, l'application et enfin l'évaluation des moyens et des actions. Cela constitue la démarche de soins (Leclerc & Rexhaj, 2016, p.4). Elle précise que l'observation de l'état de santé de la personne et de son environnement est un axe important de la pratique infirmière (Sanchez, 2017). Selon Brulé et Cloutier (2002), l'évaluation clinique implique l'utilisation des 4 sens : le toucher, la vue, l'ouïe et l'odorat, dans le but d'observer méticuleusement une personne et ses réactions dans son environnement (p.3). Il permet ainsi de déterminer les besoins de santé, de cerner les facteurs de risque et de complications, de reconnaître et d'anticiper les changements de l'état clinique d'une personne et d'intervenir dans un délai approprié (Doyon & Longpré, 2022, p.5). Selon Brulé et Cloutier (2002), l'évaluation clinique permet le développement d'une relation à l'autre, mettant en avant ce qui est dit par le patient et ce qui est relevé par l'infirmière (p.14). Cela permet le lien entre le soignant et le soigné (Massebiaux et al., 2016, p.61).

Ainsi, l'évaluation clinique est un outil permettant une évaluation globale, rapide et complète d'une situation de soins d'une personne. Grâce à une anamnèse structurée et à l'acquisition de compétences en examen physique, il permet d'anticiper et de gérer

efficacement les urgences de santé et la gravité des situations (Lindpaintner et al., 2009, p.324). L'identification des éléments problématiques de la personne symptomatique et le recueil de données permettent à l'infirmière de mettre en place les surveillances cliniques nécessaires issues de son jugement clinique (Haute école de santé de Genève, s. d.). L'évaluation clinique oblige les professionnels à revisiter les évidences sur le recueil des données physiques (Cloutier et al., 2010, p.13). Ainsi, elle renforce la sécurité du patient et la qualité des soins, car elle demande une réactualisation continue de nos connaissances et des pratiques en lien avec les résultats de la recherche (Cloutier et al., 2010, p.13). De plus selon l'art. 3b LPSan, l'infirmière doit être en mesure d'appliquer les dernières avancées scientifiques dans sa pratique professionnelle, tout en réfléchissant continuellement sur ses compétences et ses capacités, et en les actualisant tout au long de sa carrière.

L'évaluation clinique et l'examen clinique infirmiers renvoient au même processus. Ces deux termes désignent la démarche par laquelle les infirmières évaluent l'état de santé d'un patient en utilisant des méthodes systématiques telles que l'observation, la prise de l'histoire de santé (anamnèse), la collecte de données subjectives et objectives, ainsi que l'examen physique, menant au jugement et au raisonnement cliniques. Ce processus permet de mettre en place des interventions infirmières adaptées.

Dans ce travail, nous privilégions le terme « évaluation clinique », également employé par Doyon et Longpré (2022). Ce terme englobe de manière complète le processus menant au jugement et au raisonnement cliniques. En revanche, dans l'ouvrage de Jarvis (2023), le terme « examen clinique » est utilisé comme traduction de l'expression anglaise « physical examination ». Cette distinction peut prêter à confusion, car en français, le terme « examen » se réfère spécifiquement à l'examen physique dans le cadre de l'évaluation clinique. Par conséquent, dans ce travail, nous adoptons le terme « évaluation clinique ».

## **2.2. La qualité des soins**

L'OMS (2023) définit la qualité des soins comme la capacité d'un service de santé destiné à la population à augmenter la possibilité de parvenir à l'état de santé souhaité. Elle est dépendante des connaissances professionnelles fondées sur des bases factuelles (OMS, 2023). Selon l'Organisation internationale de normalisation [ISO] (2015), la qualité est définie comme l'aptitude d'un objet ou d'un service à satisfaire des exigences, soit la capacité à répondre à un besoin. Le Gall et Wanquet-Thibault (2011),

nous dit : « la qualité n'est pas nécessairement le haut de gamme, c'est l'adéquation du produit ou service aux besoins exprimés ou implicites du demandeur » (p.57). Selon Le Gall et Wanquet-Thibault (2011), quelle que soit la définition de la qualité, elles ont toutes en commun : la place du patient qui est au centre du système de soins et l'importance de l'actualisation des connaissances professionnelles et des résultats bénéfiques attendus (p.57).

En résumé, nous pouvons dire que la qualité des soins est la capacité d'un service à répondre au besoin d'une personne. Ainsi, dans le domaine de la santé, l'objectif est de maintenir, d'atteindre ou d'améliorer l'état de santé d'une personne afin qu'il soit optimal. Enfin, Aiken et al. (2002) nous dit qu'une équipe d'infirmières et un management adéquat sont la clé de la qualité des soins (p.187).

### **2.3. La sécurité pour le patient**

Verdon et Menoud (2022) nous expliquent que la sécurité des patients est fortement liée à la qualité des soins infirmiers prodigués (p.22). D'après l'OMS (2019), la sécurité du patient consiste en la prévention et en la réduction des risques, des erreurs et autres préjudices causés par des soins prodigués aux patients. Elle repose en premier lieu sur les leçons tirées des erreurs et des manifestations indésirables et donc sur l'amélioration continue (HAS, 2023). Selon l'OFSP (2023), la capacité à éviter les événements indésirables est une thématique centrale de la santé publique, permettant de renforcer les systèmes sanitaires et la qualité des soins en Suisse et dans le monde entier. Selon l'HAS (2023), la sécurité du patient repose sur une culture partagée de la sécurité et une démarche de gestion des risques efficace dans le but d'éviter toute inversion du bénéfice/risque des soins prodigués.

Un article de la littérature scientifique met en évidence que la communication insuffisante entre les professionnels de la santé figure parmi les principales sources d'erreurs et d'incidents critiques dans les soins (Fondation La Source, 2019). Dès lors, nous pouvons dire qu'une bonne évaluation de l'état de santé du patient permet une meilleure communication interprofessionnelle.

## **3. L'APPROCHE EN SOINS INFIRMIERS FONDÉS SUR LES FORCES (ASFF)**

### **3.1. Modèle théorique retenu**

Cette revue de la littérature sera soutenue par le modèle de soins développé par Laurie N. Gottlieb : l'approche des soins fondés sur les forces (ASFF). En effet, Laurie N.

Gottlieb a poursuivi le développement du modèle McGill, centré sur la personne. Elle a fait de nombreuses recherches et a ainsi fait émerger son approche, en apportant une nouvelle vision des soins fondés sur les valeurs et les forces. De cette manière, elle a fait évoluer la pensée sur le rôle unique des infirmières dans la promotion de la santé et de la guérison (Gottlieb, 2014, p.XVI).

L'ASFF se présente à la fois comme une philosophie et comme une théorie intermédiaire dans la discipline infirmière. Elle nous apporte une vision novice du monde et des soins infirmiers. Elle parvient à offrir un niveau de généralisation adéquat pour être appliquée à diverses situations cliniques, tout en étant suffisamment spécifique pour guider efficacement la pratique infirmière dans des contextes particuliers. Selon le modèle d'abstraction de Fawcett (2022), la philosophie de Gottlieb se situe d'une part dans une perspective abstraite, en offrant une compréhension globale et conceptuelle des soins fondés sur les forces, d'autre part, sa théorie propose une approche plus concrète, en apportant des lignes directrices spécifiques pour la pratique infirmière. Ainsi, cette approche se situe entre des théories abstraites, qui fournissent des concepts théoriques larges, et des théories plus spécifiques, qui orientent directement l'application clinique. En conséquence, elle nous porte vers une approche pratique des soins à travers la théorie et les guides pour l'application clinique. En mettant en avant les forces internes des individus et en tenant compte de leurs interactions avec leur environnement, l'ASFF offre une vision complète de la santé et du bien-être. Elle permet aux infirmières d'adopter une approche centrée sur le patient et ses proches, tenant compte des influences environnementales sur le développement et la santé des patients, ce qui en fait un outil précieux dans le domaine des soins infirmiers.

### **3.2. Ancrage disciplinaire**

Le monde de la santé vit un changement de paradigme qui est important et qui vise à humaniser les soins de santé apportés aux patients, mais également à leur famille et aux différents prestataires (Lecordier, 2011, p.82). Selon une étude de Lawlor (cité dans Gottlieb, 2014), le regard professionnel de l'infirmière, la façon dont elle connaît et perçoit le monde, marque le début du travail clinique (p.230). L'orientation des soins et la prise de décision vont être directement influencés par le regard professionnel de l'infirmière, qui dépend de ses valeurs, de ses croyances, de ses connaissances et de sa posture. (Gottlieb, 2014, p.230). Gottlieb a développé un modèle salutogénique permettant une approche holistique qui met l'accent sur les points forts, les compétences et les ressources d'une personne pour faire face aux événements de la vie, à sa situation

de santé et aux défis du système de santé (Gottlieb, 2014, p.5). L'ASFF ne vise pas à ignorer les problèmes, mais plutôt à tirer parti des forces pour atténuer, compenser ou réduire les faiblesses, permettant ainsi un fonctionnement efficace de ce qui est bénéfique (Gottlieb, 2014, p.27). Cela conduit à une approche qui ne considère pas seulement la personne à travers ses symptômes, mais la prend en compte dans sa totalité (Gottlieb, 2014, p.27; p.10). Enfin, l'infirmière doit faire preuve d'adaptabilité quant à la situation de la personne afin de promouvoir sa santé (Bousser, 2022, p.33). En basant notre pratique et nos actions sur cette approche, sur cette philosophie, nous ne nous limitons plus au modèle des soins dominés par l'approche biomédicale, iatrogène. Cela permet de donner du sens à notre travail. Ce dernier est considéré comme une source de motivation et d'engagement importante au travail (Leape et al. 2009).

Cette approche bio-psycho-socio-environnemental répond aux besoins et améliore la qualité de vie des personnes, en se basant sur 4 piliers fondamentaux : les soins axés sur la personne et la famille, le pouvoir d'agir (empowerment), les capacités de guérison innées et les soins relationnels (partenariat de collaboration). (Gottlieb, 2014, p. 25). Pour guider la pratique infirmière, l'ASFF repose sur 15 postulats, mis en lien avec les quatre métaconcepts (soins, santé, environnement, personne) (Gottlieb, 2014, p.67). De ces 15 postulats, il en découle huit croyances et valeurs fondamentales (Gottlieb, 2014, p.68) (Annexe 1). Notre question de recherche se rattache essentiellement à deux de ces huit croyances et valeurs fondamentales : la santé et la guérison, ainsi que le partenariat de collaboration entre l'infirmière et la personne. La santé et la guérison peuvent être liées à l'ECI à travers l'approche holistique qui prend en compte les dimensions physiques, psychologiques, sociales et spirituelles de la personne. L'évaluation clinique infirmière vise ainsi à identifier les besoins de santé de l'individu dans sa globalité, favorisant ainsi un processus de guérison et de bien-être.

Enfin, le partenariat entre l'infirmière et la personne et ses proches peut être intimement lié à l'évaluation clinique infirmière. En favorisant une relation de collaboration et de confiance, l'infirmière peut recueillir des informations plus précises et complètes lors de l'évaluation. Le patient et ses proches sont alors encouragés à participer activement au processus de soins, ce qui peut améliorer la qualité de l'évaluation clinique et favoriser l'obtention de résultats de santé optimaux. En effet, le partenariat permet une prise en charge centrée sur la personne et ses proches, prenant en compte leurs valeurs, leurs préférences et leurs objectifs de soins.



### **3.2.1. Métaconcepts**

Les métaconcepts, issus de l'héritage de Florence Nightingale et promus par Fawcett, constituent les piliers centraux du métaparadigme infirmier, qui demeure au cœur de la discipline des sciences infirmières. Ils englobent la personne, les soins, la santé et l'environnement, ces quatre notions étant interconnectées (Formarier & Jovic, 2012, p.41 ; Missi et al., 2018, p.8). Selon Goulet et Dallaire (2002), cette détermination des métaconcepts résulte de l'intégration des connaissances (p.317). Ils fournissent une vision globale essentielle pour le développement et l'intégration des connaissances à travers la recherche et la pratique clinique (Dallaire, 2008, pp.14-15). En se focalisant sur ces concepts centraux, les infirmières peuvent appréhender et répondre de manière holistique aux besoins de santé des individus, tout en tenant compte de leurs interactions dynamiques avec leur environnement.

#### **3.2.1.1. La personne**

Selon Gottlieb (2014), la personne est unique, elle est capable de grandir et de se développer grâce à ses forces, lui permettant de s'adapter aux situations et surmonter les différentes difficultés qui apparaissent dans son parcours de vie (p.68). Gottlieb nomme cela la capacité de s'autoguérir (Gottlieb, 2014, p.68). De plus, grâce à l'évaluation clinique, l'infirmière est capable de déceler les forces de la personne et pas uniquement les déficits, ce qui lui permet de contribuer au processus de guérison de la personne en se basant sur ses forces, afin de l'amener vers la plénitude (Gottlieb, 2014, p.74). Selon Sandelowki (cité dans Gottlieb, 2014), prodiguer des soins et répondre aux besoins physiques donnent l'occasion à l'infirmière de mieux connaître la personne (p.7). Gottlieb ajoute que la famille fait partie du métaconcepts de la personne comme un tout indissociable (Gottlieb, 2014, pp. 98-99). Le comportement d'une personne face à un problème de santé est façonné non seulement par ses traits personnels, mais aussi par ses interactions familiales (Duhamel, 2015, cité dans Coulon, 2018, p.65). En conséquence, ceci inclut systématiquement la famille et ses proches dans le processus. Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'évaluation clinique va également faire émerger les forces et les ressources de la personne et de sa famille. Ces derniers pourront en prendre conscience et, ainsi, ils pourront renforcer leurs capacités d'adaptation à leur environnement et à faire face aux différents problèmes de santé.

### 3.2.1.2. Le soin

Selon Gottlieb (2014), les soins infirmiers prodigués à la personne et sa famille ont pour but de les aider à maintenir un niveau de santé optimale et à composer avec leur problème afin de soutenir leur pouvoir de résilience (p.68). Néanmoins, par sa présence, l'infirmière va également entourer la personne et sa famille. Elle va créer un environnement qui favorise la guérison, c'est-à-dire qu'elle va offrir l'occasion à la personne et la famille de développer ses forces et changer ses habitudes de vie pour tendre vers le rétablissement, la guérison et une diminution de la souffrance (Gottlieb, 2014, p.68). L'évaluation clinique va permettre la prise de conscience des forces, mais également de desceller les changements d'état de santé de la personne et de mettre en place des actions propres au rôle de l'infirmière. De plus, faire émerger et valoriser les forces et les ressources va permettre à la personne et sa famille de retrouver leur pouvoir d'agir, également appelé : empowerment. Notamment, les soins relationnels enrichissent le partenariat thérapeutique en créant puis en renforçant notre lien avec la personne et sa famille. Enfin, cette pratique renforce l'interdisciplinarité, en favorisant l'identification des besoins de collaboration et ajoutant au rôle de l'infirmière celui de coordinatrice.

### 3.2.1.3. La santé

Selon les postulats de l'ASFF, les individus, leurs familles et les communautés désirent une amélioration de l'état de santé voire la guérison (Gottlieb, 2014, p.64). Gottlieb (2014) décrit la santé comme un processus en devenir, car elle est constamment en mouvement, elle évolue dans le temps, tant positivement que négativement, à mesure que la personne et la famille se développent (pp. 68-70). La santé peut coexister avec la maladie, car elle est le résultat d'un processus d'apprentissage comprenant des stratégies d'adaptation, nommée coping, mise en place pour faire face aux différentes situations (Gottlieb, 2014). Cette définition de la santé s'inscrit pleinement dans la définition de la santé selon l'OMS (2024) qui indique que « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». L'évaluation clinique permet à l'infirmière de mettre en évidence les différents changements dans la santé de la personne. En partenariat avec la personne et sa famille, ils pourront ainsi fixer des actions de guérison adéquates. De plus, ce partenariat donne l'occasion à l'infirmière de procéder à de l'éducation thérapeutique, afin que la personne puisse, elle-même, identifier ses forces et repérer les changements de son état de santé. De cette façon, elle met en place les actions

nécessaires pour faire face aux différentes fluctuations de son état de santé et donc favorise les processus de coping et l'empowerment.

#### **3.2.1.4. L'environnement**

Dans son approche, Gottlieb (2014) décrit combien il est important de prendre en considération le contexte social, c'est-à-dire les environnements de la personne, afin d'acquérir une compréhension holistique de la situation ou d'identifier des particularités d'un problème (p.97). Relevons que le terme "environnements" est mis au pluriel, car selon Gottlieb (2014) une personne évolue, acquiert de nouvelles connaissances en lien avec la santé dans de multiples environnements tels que le milieu scolaire, le milieu familial et social, le milieu professionnel, ainsi que dans son réseau de santé et de soins (p.97). Enfin, l'environnement inclut également les relations interpersonnelles entre la personne et sa famille, ses amis, ses connaissances et tout autre individu rencontré durant son existence. Ces interactions avec les différents environnements vont permettre de construire l'expérience de la personne, ce qui va par la suite déterminer les sentiments, les pensées, les décisions, les comportements, les actions et les réponses qu'elle adoptera (Gottlieb, 2014, p.97). Ce processus est également nommé « coping » par Lazarus et Folkman (cité dans Mariage, 2001, p.47). Ainsi, l'infirmière fera partie de l'environnement de la personne qu'elle accompagne et sa posture aura un impact sur la personne. Dans une approche holistique, elle devra également considérer l'environnement de la personne afin de l'accompagner adéquatement et non pas dénier la personne de son environnement.

### **3.3. Question de recherche finale**

Quels sont les barrières et les facilitateurs à la pratique de l'évaluation clinique infirmière et les implications sur la qualité des soins et la sécurité des patients ?

## **4. MÉTHODE**

Pour ce travail, une revue de la littérature non systématique a été menée dans l'objectif de répondre à notre question de recherche.

#### 4.1. Sources d'information et stratégies de recherche

Nos premières recherches nous ont d'abord permis d'identifier l'importance de l'examen physique comme étant notre thématique de recherche. L'outil PICO nous a aidé à formuler notre question de recherche en identifiant la population (P), le phénomène d'intérêt (I), le contexte (C) et le résultat (O). Nous avons ainsi formulé une question de recherche de type exploratoire.

Par la suite, cet acronyme nous a permis de mettre en évidence les concepts clés et d'identifier les mots-clés pour effectuer nos recherches. Les mots-clés identifiés sont : "infirmières", "évaluation clinique infirmier", "barrières", "facilitateurs", "sécurité des patients" et "qualité des soins". Nous avons élaboré un tableau exhaustif les répertoriant, accompagnés de leurs traductions en anglais. L'utilisation de la troncature Nurs\* s'explique par le fait que ce terme englobe plusieurs variantes telles que Nursing care, Nurses, Nursing, etc.

	<b>Concept / Thème</b>	<b>Mots-clés libres en français</b>  <b>Termes dérivés, synonymes...</b>	<b>MeSH terme – PubMed</b>	<b>Mots-clés libre utilisés dans PubMed</b>	<b>Termes proposés par CINAHL (CINAHL Headings)</b>
<b>P</b>	Infirmière pratiquant l'évaluation clinique infirmière	Infirmières	Nurs*	X	Nurs*
<b>I</b>	Barrières et facilitateurs à la pratique de l'évaluation clinique infirmière	Barrières Facilitateurs Évaluation clinique infirmière	Symptom assessment Physical examination Clinical reasoning	Barriers Facilitator Physical assessment	Clinical Reasoning Physical examination
<b>C</b>	Hospitalier Suisse ou pays transposables	X	X	X	X
<b>O</b>	Implications sur la qualité des soins et la sécurité des patients	Sécurité du patient Qualité des soins	Patient safety Quality of health care Quality Improvement	X	Patient safety Quality of health care

Tableau 1. : Mots-clés avec la méthode PICO

Nous avons utilisé deux bases de données : PubMed qui propose de la littérature issue du domaine biomédical et CINAHL qui a un contenu orienté vers la littérature en soins infirmiers. Ainsi, avant de construire nos équations de recherche, nous avons traduit nos mots-clés en français grâce au logiciel HeTop. À partir de la traduction anglaise, nous avons identifié les thésaurus respectifs de chaque base de données. Au travers de la base de données MeSH (Medical Subject Headings) de PubMed, nous avons identifié les MeSH terms. Concernant CINAHL, nous avons utilisé les CINAHL Subject Headings. Nous avons ensuite recherché chaque mot-clé du thésaurus l'un après l'autre en les ajoutant dans l'historique de recherche de la base de données. En les regroupant avec les opérateurs booléens "AND" et "OR", nous avons obtenu les équations de recherche suivantes :

Base de données	PubMed	PubMed	CINHAL
<b>Équation de recherche</b>	((Nurs*[MeSH Terms]) AND ((barriers[Title/Abstract]) OR (facilitator[Title/Abstract]))) AND (((Symptom assessment[MeSH Terms]) OR (physical examination[MeSH Terms])) OR (Clinical reasoning[Title/Abstract])) AND ((Patient safety[MeSH Terms]) OR (Quality of health care[MeSH Terms]))	((Nurs*[Title/Abstract]) AND (Physical assessment[Title/Abstract])) AND (((quality improvement[MeSH Terms]) OR (patient safety[MeSH Terms])) OR (quality of health care[MeSH Terms]))	MH Nurs* AND (MH Clinical Reasoning OR MH Physical Examination) AND (Barriers OR Facilitator) AND (MH Patient Safety OR MH Quality of Health Care)
<b>Date de la recherche</b>	01.03.2024	01.03.2024	01.03.2024
<b>Articles totaux</b>	167	210	2
<b>Filtres : Dates</b>	de 2006 à 2024	de 2006 à 2024	de 2006 à 2024
<b>Nombres d'articles après application du filtre</b>	129	138	2
<b>Articles retenus</b>	3	1	1

Tableau 2. : Équations de recherche

Ce travail adoptera une approche combinant des études qualitatives, quantitatives et mixtes. Les analyses des articles qualitatifs enrichiront et nourriront les résultats des articles quantitatifs.

#### **4.2. Critères d'inclusion et d'exclusion :**

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont permis la sélection d'articles précis et pertinents pour notre étude.

Pour obtenir des résultats pertinents, nous avons appliqué un filtre de date pour sélectionner les documents publiés à partir de 2006. Cette année marque un tournant dans le système éducatif suisse, avec la révision des plans d'études cadres et la transition vers un niveau universitaire de premier cycle (implémentation du niveau HES) (HES-SO, 2015, p.4).

Nous avons ensuite procédé à un filtrage manuel des articles en examinant attentivement les titres et les résumés, dans le but de sélectionner ceux en adéquation avec notre sujet de recherche.

Les articles retenus découlent d'une méthodologie rigoureuse et fiable. Ce constat a été établi après une analyse critique à l'aide d'outils d'évaluation issus des modèles de Joanna Briggs Institute [JBI] (s. d.). Les grilles d'analyse JBI ont été choisies en fonction du type d'étude présenté dans chaque article (Annexes 2).

Les articles dont le contexte socio-politique n'est pas transposable à celui de la Suisse n'ont pas été retenus.

Enfin, aucune préférence n'a été exprimée quant au type d'étude recherché, notamment en raison du fait que le sujet étudié est récent en Suisse dans la pratique infirmière, avec seulement quelques années d'implantation et que les recherches existantes sur les barrières à l'utilisation de l'examen physique par les infirmières diplômées sont peu nombreuses.

#### 4.3. Diagramme de flux :

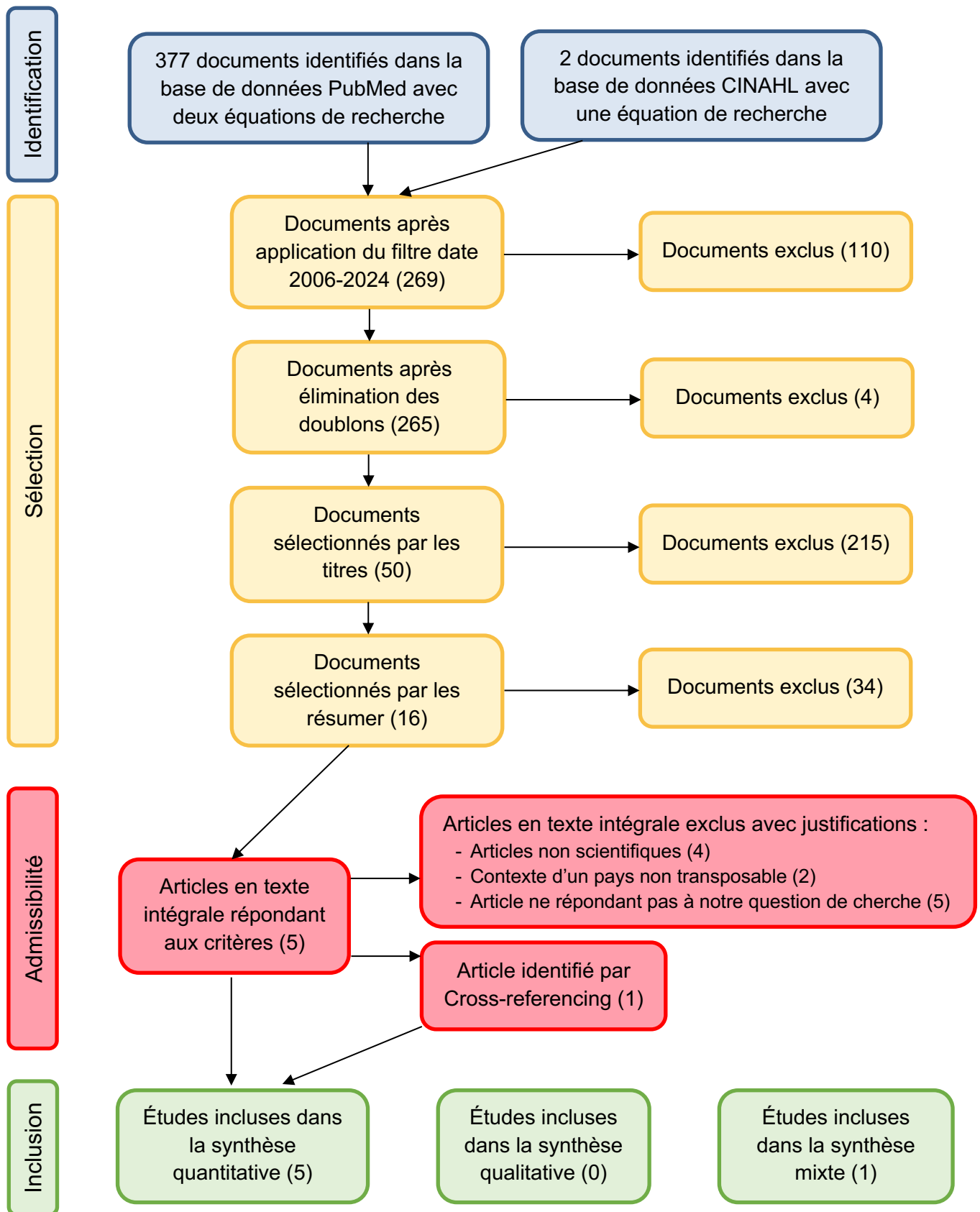


Figure 1: Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles  
Adapté de Prisma Statement

## 5. RÉSULTATS

Nous avons constaté que les articles sélectionnés abordent plus précisément le sujet de l'examen physique, contrairement à l'évaluation clinique, qui est un concept plus large. Cela nous semble particulièrement pertinent et n'a pas constitué de contrainte.

Pour parvenir à répondre à la question de recherche finale, l'analyse critique des articles choisis a fait émerger différents thèmes. Mais, pour comprendre les résultats, il est important de décrire les outils utilisés dans les différentes études.

Birks et al. (2013) ont utilisé l'échelle de Giddens (2007), qui est un outil d'évaluation des compétences cliniques des infirmières. Elle comprend 126 items regroupés par systèmes anatomiques et fonctionnels. Les infirmières indiquent la fréquence d'utilisation de leurs compétences sur une échelle de Likert à six points (de 0 à 5). Le score total varie entre 0 et 630. Cet outil est fréquemment utilisé pour mesurer la fréquence d'utilisation des compétences d'évaluation clinique dans divers contextes cliniques (Giddens, 2007).

Liyew et al. (2021) ont utilisé la version modifiée et validée par Cicolini et al. (2014) de l'échelle de Giddens (2007). Cette modification a réduit l'échelle originale de 126 items à 30 items tout en conservant sa pertinence clinique. Cette version simplifiée permet une meilleure adaptation aux contextes locaux et une évaluation plus concise des compétences essentielles en soins infirmiers. Le score total pouvait varier entre 0, indiquant une très mauvaise pratique, et 150, représentant une très bonne pratique. (Liyew et al., 2021). Sa validation avec un alpha de Cronbach de 0,89 garantit une fiabilité et une cohérence interne solides, rendant l'outil efficace pour les recherches cliniques.

Liyew et al. (2021) ont également basé leur recherche sur l'échelle « Barriers to Nurses' Use of Physical Assessment Scale » développée par Douglas et al. (2014), qui évalue divers items liés aux obstacles perçus par les infirmières dans l'utilisation de l'examen physique. Par exemple, elle examine le manque de temps, la formation inadéquate, l'absence de soutien de la part de la direction, et la confiance en soi des infirmières. Utilisant une échelle de Likert de 1 à 5, elle permet ainsi d'identifier des pistes d'amélioration pour la pratique et la qualité des soins (Douglas et al. 2014). Le score alpha de Cronbach de l'échelle développée par Douglas et al. (2014) est de 0,89. Ce score indique une excellente cohérence interne, ce qui renforce la fiabilité de l'échelle pour mesurer les obstacles perçus par les infirmières dans l'utilisation de l'examen physique. Birks et al. (2013) et Rosli et al. (2023) ont également basé leur étude sur cette échelle.



## **5.1. Analyse critique des articles retenus**

### **5.1.1. *La fréquence d'utilisation de l'examen physique***

L'étude de Da Veiga Gonçalves et al. (2023) a révélé que près de la moitié des infirmières (45,95%) utilisent l'évaluation clinique quotidiennement. En revanche, 24,32% des infirmières l'utilisent plus d'une fois par semaine mais pas quotidiennement, tandis que 21,61% l'utilisent moins d'une fois par semaine (Da Veiga Gonçalves et al., 2023). Une minorité, soit 13,51%, l'utilise plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine, et 8,10% l'utilisent plus d'une fois par an mais moins d'une fois par mois (Da Veiga Gonçalves et al., 2023). Enfin, 8,10% des infirmières ne l'utilisent jamais ou moins d'une fois par an (Da Veiga Gonçalves et al., 2023).

Dans une autre étude, Birks et al. (2013) ont évalué les participants (n=1220) en se basant sur l'instrument d'enquête élaboré par Giddens (2007). Le questionnaire est composé de 121 compétences d'examen physique (Birks et al., 2013). Toutes les compétences ont été considérées par les infirmières comme enseignées (Birks et al., 2013). 35,5% des compétences avaient été apprises mais jamais utilisées (Birks et al., 2013). De plus, 31% d'entre elles étaient rarement utilisées, a contrario 23% étaient fréquemment ou occasionnellement utilisées (Birks et al., 2013). Enfin, seulement 11% des 121 compétences étaient utilisées chaque fois que les participants travaillaient (Birks et al., 2013). Selon les auteurs, ces résultats suggèrent que la plupart des 121 compétences ont été apprises, mais que nombres d'entre elles sont rarement ou jamais utilisées dans la pratique (Birks et al., 2013).

Fontenot et al. (2022) souligne qu'avant le programme de formation, des audits aléatoires de la pratique de l'examen physique ont révélé un écart significatif entre les meilleures pratiques, la politique de l'hôpital et la pratique infirmière réelle.

L'étude de Liyew et al. (2021) utilise le questionnaire sur la pratique de l'examen physique développé par Giddens (2007), puis validé par Cicolini et al. (2014). Les résultats ont montré que les infirmières des unités de soins intensifs avaient une bonne pratique de l'examen physique, avec un score moyen de  $101,26 \pm 24,99$  (Liyew et al., 2021). Parmi les infirmières évaluées (n=299), 153 ont obtenu un score supérieur à la moyenne, avec des scores allant de 25 à 147 (Liyew et al., 2021).

Enfin, Rosli et al. (2023) ont examiné la fréquence d'utilisation de diverses compétences cliniques. Parmi les 40 compétences d'examen physique, il a été constaté que 80 % étaient réalisées à chaque quart de travail, incluant l'inspection, l'observation générale, certaines techniques de palpation et diverses méthodes (Rosli et al., 2023). En revanche, 12,5% des compétences étaient utilisées une fois tous les deux à cinq quarts de travail, et 7,5% étaient rarement réalisées ou ne faisaient pas partie de la pratique clinique de la plupart des participants (Rosli et al., 2023). Concernant les techniques d'auscultation, l'auscultation cardiaque était utilisée quotidiennement par 15% des infirmières, tandis que 30,8% l'utilisaient tous les deux à cinq jours de travail et 23,3% ne l'utilisaient pas ou ne savaient pas la réaliser (Rosli et al., 2023). L'auscultation respiratoire et digestive n'était pas utilisée ou maîtrisée par 29,3% des infirmières (Rosli et al., 2023). Les auteurs de cette étude avancent l'hypothèse que ces techniques sont considérées comme des compétences avancées habituellement réalisées par les médecins. Ils soulignent également que la rare utilisation du stéthoscope par les infirmières malaisiennes pourrait contribuer à leur faible recours à ces techniques (Rosli et al., 2023).

Les compétences pratiquées à chaque quart de travail incluent la surveillance des signes vitaux, ainsi que l'évaluation clinique des systèmes neurologiques, tégumentaires, nutritionnels, musculo-squelettiques et urinaires (Rosli et al., 2023). Certaines compétences du système cardiovasculaire et respiratoire sont également réalisées régulièrement (Rosli et al., 2023). En revanche, les compétences liées au système gastro-intestinal ne sont pas systématiquement pratiquées à chaque quart de travail (Rosli et al., 2023).

### **5.1.2. Les obstacles à la pratique de l'examen physique**

L'évaluation clinique infirmière est un processus complexe qui peut être entravé par divers obstacles. Plusieurs études ont identifié et quantifié ces obstacles, mettant en lumière les défis auxquels les infirmières sont confrontées dans leur pratique quotidienne.

Douglas et al. (2014) ont identifié plusieurs obstacles majeurs, notamment la dépendance à l'égard des autres et de la technologie, le manque de temps et les interruptions, la culture du service, le manque de confiance en soi, le manque de modèles de rôle infirmiers, le manque d'influence sur les soins aux patients et le domaine de spécialité. Ils ont ainsi développé l'échelle « Barriers to Nurses' Use of Physical Assessment Scale » pour décrire et évaluer les obstacles à l'examen physique infirmière, afin de comprendre pourquoi elle n'est pas effectuée systématiquement (Douglas et al.,

2014). Liyew et al. (2021) et Da Veiga Gonçalves et al. (2023) ont utilisé cette échelle pour quantifier les obstacles à l'examen physique infirmière. De plus, Fontenot et al. (2022) ont identifié des lacunes au niveau de l'exhaustivité de l'examen physique, de l'utilisation de l'équipement et de la rapidité et l'exactitude de la documentation.

#### 5.1.2.1. Domaine de spécialité

Les obstacles à l'examen physique liés au domaine de spécialité ont été largement étudiés. Selon Douglas et al. (2014), les scores moyens pour le domaine de spécialité étaient de 3,48. Les services de gynécologie-obstétrique, de néonatalogie et de santé mentale ont estimé que leur domaine de spécialité exerçait une influence significative sur l'utilisation des compétences, avec une valeur p inférieure à 0,001 (Douglas et al., 2014).

Da Veiga Gonçalves et al. (2023) ont rapporté des scores moyens de 3,41 selon l'algorithme de Douglas ce qui soutient les résultats obtenus par Douglas et al. (2014). De plus, ils relèvent que les infirmières cliniciennes ou spécialisées effectuent ces évaluations moins fréquemment (une fois par semaine ou moins) (Da Veiga Gonçalves et al., 2023).

Birks et al. (2013) ont observé que la fréquence d'utilisation des compétences était influencée par le rôle infirmier. Par exemple, les infirmières en santé mentale ont évalué cinq compétences d'évaluation cardiovasculaire avec un score médian de 3 ou 4, indiquant une utilisation fréquente ou occasionnelle (Birks et al., 2013). Les résultats montrent que 36% des 121 compétences enseignées dans la formation de soins infirmiers ne sont pas appliquées sur le terrain, car elles ne sont pas nécessaires dans cet environnement clinique particulier (Birks et al., 2013). En général, la spécialité clinique des infirmières a été identifiée comme une des raisons pour laquelle certaines compétences d'examen physique étaient peu ou pas pratiquées (Birks et al., 2013).

Enfin, Liyew et al. (2021) ont trouvé que les scores moyens pour le domaine de spécialité étaient de 13,02 selon l'algorithme de Douglas.

#### 5.1.2.2. Manque de modèles de rôle infirmiers

Les recherches ont mis en évidence que le manque de modèles de rôle infirmiers constitue un obstacle significatif à l'évaluation clinique. Douglas et al. (2014) ont trouvé que les infirmières ayant moins de cinq ans d'expérience étaient plus susceptibles de ressentir un manque de modèles de rôle infirmiers, avec une valeur p de 0,04. Les scores moyens pour le manque de modèles de rôle infirmiers étaient de 2,63 selon cette étude.

Da Veiga Gonçalves et al. (2023) ont rapporté des scores moyens de 3,14 pour ce même manque, selon l'algorithme de Douglas. Cette tendance est confirmée par Liyew et al. (2021), qui ont trouvé des scores moyens de 12,36 pour le même obstacle. De plus, ils ont identifié un facteur prédictif important : lorsque le score total du manque de modèles augmente d'une unité, la pratique de l'évaluation clinique diminue de 0,541 unité.

#### 5.1.2.3. Manque de temps et interruptions

Le manque de temps et les interruptions sont d'autres obstacles tout autant significatifs à l'évaluation clinique infirmière, comme le montrent plusieurs études. Douglas et al. (2014) ont calculé des scores moyens pour chaque sous-échelle, et le manque de temps et les interruptions ont obtenu un score de 2,69. De manière similaire, Da Veiga Gonçalves et al. (2023) ont relevé un score moyen de 3,02 pour ce même obstacle, selon l'algorithme de Douglas. Une analyse comparative effectuée par ces derniers a révélé que les femmes considèrent ce facteur comme un obstacle plus important que les hommes, bien que les auteurs recommandent la prudence dans l'interprétation de ces résultats en raison d'un échantillon déséquilibré.

Liyew et al. (2021) ont rapporté un score moyen de 12,21 pour le manque de temps et les interruptions, toujours selon l'algorithme de Douglas. Les commentaires des répondants ont suggéré que ce manque de temps et ces interruptions affectent la capacité des infirmières à effectuer des examens physiques (Liyew et al., 2021). Certaines infirmières ont mentionné avoir perdu des compétences en raison du manque d'opportunités et de l'augmentation des exigences administratives (Liyew et al., 2021). Enfin, Rosli et al. (2023) ont identifié la charge de travail élevée et la charge administrative comme des facteurs limitant la réalisation des examens physiques. Huit infirmières ont signalé que la réduction de ces charges pourrait augmenter la probabilité de réaliser des examens physiques (Rosli et al., 2023).

#### 5.1.2.4. Manque de connaissances et d'expérience

Le manque de connaissances et d'expérience constitue un obstacle important à l'évaluation clinique infirmière. Fontenot et al. (2022) ont identifié plusieurs lacunes, notamment l'exhaustivité de l'examen physique, l'utilisation de l'équipement d'évaluation comme la lumière du stylo-lumineux, le pupillomètre et le stéthoscope, ainsi que la rapidité et la précision de la documentation.

Douglas et al. (2014) ont observé que les infirmières ayant plus de 10 ans d'expérience rencontraient moins de difficultés liées au manque de temps, aux interruptions ( $p=0,004$ ) et au manque de confiance ( $p=0,01$ ). Cependant, Da Veiga Gonçalves et al. (2023) ont

trouvé une faible corrélation entre le nombre d'années d'expérience professionnelle et la fréquence des évaluations cliniques, indiquant que plus les infirmières ont d'expérience, moins elles effectuent d'examen physiques.

Les commentaires recueillis par Birks et al. (2013) mettent en évidence la volonté des infirmières à pratiquer certaines compétences, mais aussi leur manque de savoir-faire. Plusieurs infirmières ont exprimé le désir d'en apprendre davantage, soulignant que le temps écoulé depuis leur formation initiale était long (Birks et al., 2013).

Rosli et al. (2023) ont identifié un manque de connaissances et de sensibilisation comme étant des facteurs internes influençant les pratiques d'examen physique. Cela découle de 14 réponses qui ont indiqué que les infirmières manquent de connaissances et de sensibilisation aux compétences d'examen physique, ce qui affecte leurs pratiques (Rosli et al., 2023). De plus, les compétences d'examen physique seraient moins pratiquées par les infirmières ayant moins de 10 ans d'expérience (Rosli et al., 2023).

#### 5.1.2.5. Manque de confiance

Le manque de confiance des infirmières dans leurs compétences d'examen physique constitue un autre obstacle significatif. Douglas et al. (2014) ont noté que les infirmières ayant moins de 10 ans d'expérience sont touchées par le manque de confiance, ce qui peut réduire la fréquence et la qualité des évaluations. Ce manque de confiance peut être lié à un déficit de formation, à l'absence de modèles infirmiers ou à la culture du service dans lequel elles travaillent (Fontenot et al. 2022 ; Douglas et al. 2014 ; Da Veiga Gonçalves et al. 2023 ; Birks et al. 2013). En revanche, les infirmières ayant plus de 10 ans d'expérience rencontrent moins de difficultés liées au manque de confiance ( $p=0,01$ ) (Douglas et al., 2014).

Da Veiga Gonçalves et al. (2023) ont relevé un score moyen de 2,80 pour le manque de confiance, selon l'algorithme de Douglas, ce qui est plus élevé que celui de Douglas et al (2014) avec un score moyen de 2,45. De même, Liyew et al. (2021) ont rapporté un score moyen de 12,18 pour ce même obstacle, selon le même algorithme.

#### 5.1.2.6. Culture du service

La culture du service dans le domaine des soins infirmiers fait référence aux normes, aux valeurs et aux pratiques qui ont cours au sein d'une unité de soins. Elle influence directement les comportements des infirmières, leur confiance et leur capacité à réaliser des examens physiques (Douglas, 2014). Les résultats de plusieurs études mettent en lumière divers obstacles culturels qui entravent l'évaluation clinique par les infirmières. Selon Douglas et al. (2014), les scores moyens pour la culture du service étaient de

2,26. Da Veiga Gonçalves et al. (2023) ont rapporté un score moyen de 2.30 selon l'algorithme de Douglas, tandis que Liyew et al. (2021) ont trouvé un score moyen de 13.84 selon le même algorithme. Fontenot et al. (2022) ont révélé que, 25% des responsables infirmiers ayant répondu (32 % de taux de réponse), estiment qu'il est "extrêmement peu important" que les infirmières effectuent un examen physique complet ou détectent un changement dans l'état d'un patient. Certains responsables pensent que cette tâche relève du corps médical (Fontenot et al., 2022). Fontenot et al. (2022) relève que 9% des infirmières perçoivent d'autres tâches, telles que l'administration de médicaments, les analyses de laboratoire, l'hygiène des patients et leur mobilité, comme plus prioritaires que l'examen physique ou la documentation complète et précise de celle-ci.

Birks et al. (2013) ont également noté que de nombreux répondants remettent en question le fait que certaines compétences d'examen physique relèvent du rôle des infirmières, estimant qu'elles sont du ressort d'autres professionnels de la santé, tels que les médecins ou les professionnels paramédicaux. Ils ont identifié un facteur prédictif : lorsque le score total de la culture du service augmente d'une unité, la pratique de l'évaluation clinique diminue de 0,48 unité (Birks et al., 2013). Da Veiga Gonçalves et al. (2023) ont observé que les femmes sont moins susceptibles de percevoir la culture du service comme un obstacle, contrairement aux hommes occupant d'autres postes dans les services de réadaptation. Les infirmières titulaires d'une certification postgrade perçoivent davantage la culture du service comme un obstacle (Da Veiga Gonçalves et al., 2023).

De plus, Liyew et al. (2021), les variations dans la fréquence d'utilisation des compétences peuvent être liées aux horaires de travail individuels et au domaine d'affectation clinique, les infirmières travaillant de nuit signalant moins d'opportunités pour pratiquer les examens physiques.

Rosli et al. (2023) ont montré que la négligence de certaines compétences d'examens physique, telles que l'auscultation cardiaque, respiratoire et digestive, représente un obstacle important. Ces compétences sont souvent perçues comme relevant de la responsabilité des médecins, conduisant à une utilisation réduite par les infirmières, même dans certaines unités spécialisées (Rosli et al., 2023). Cette négligence peut être exacerbée par un manque de formation ou de sensibilisation à l'importance de ces compétences dans les soins quotidiens (Rosli et al., 2023). Enfin, Birks et al. (2013) ont relevé que dans une culture professionnelle où les infirmières sont découragées quant à l'exploitation de toute l'étendue de leur pratique, on pourrait observer une atrophie des compétences.

#### 5.1.2.7. Manque d'influence sur les soins aux patients

Les résultats montrent que le manque d'influence perçu des infirmières sur les soins aux patients constitue un obstacle significatif. Douglas et al. (2014) ont calculé des scores moyens de 2.06 pour le manque perçu d'influence sur les soins aux patients. Da Veiga Gonçalves et al. (2023) ont également utilisé l'algorithme de Douglas et ont trouvé un score moyen de 2.18 pour ce même obstacle. De plus, Liyew et al. (2021) ont rapporté un score moyen de 12.68 selon l'algorithme de Douglas, soulignant encore davantage ce problème.

#### 5.1.2.8. Dépendance à l'égard des autres et de la technologie

Les résultats montrent que la dépendance à l'égard des autres et de la technologie constitue un obstacle significatif à l'évaluation clinique par les infirmières. Selon Douglas et al. (2014), le score moyen de la dépendance à l'égard des autres et de la technologie est de 2,21. Da Veiga Gonçalves et al. (2023) ont rapporté un score moyen de 2.17 selon l'algorithme de Douglas, tandis que Liyew et al. (2021) ont trouvé un score moyen de 29.27 pour ce même obstacle. Douglas et al. (2014) ont observé que les infirmières d'origine non-anglophone sont plus dépendantes envers les autres et la technologie dans leur travail. De plus, ils ont noté que les infirmières cadres étaient moins susceptibles de percevoir cette dépendance comme un obstacle, comparé aux infirmières autorisées et cliniciennes (Douglas et al., 2014).

Liyew et al. (2021) ont également identifié que lorsque le score total de la dépendance à l'égard des autres et de la technologie augmente d'une unité, la pratique des infirmières en matière d'évaluation clinique diminue de 0.78 unité. Selon Liyew et al. (2021), cette dépendance est l'obstacle le plus important à la pratique de l'examen physique. La dépendance accrue aux technologies médicales et à l'expertise des autres professionnels de santé peut réduire l'autonomie des infirmières dans la réalisation des examens physiques complets (Liyew et al., 2021).

#### **5.1.3. Les facilitateurs à la pratique de l'examen physique**

Les études de Fontenot et al. (2022) et de Rosli et al. (2023), mettent en évidence les facilitateurs à la pratique de l'examen physique relevant les facteurs facilitant cette pratique.

#### 5.1.3.1. Formation structurée, encadrée et suivie

Fontenot et al. (2022) ont mis au point un programme appelé « Methodist Proficient Assessment Competency » (MPAC) pour améliorer les compétences des infirmières en examen physique et leur capacité à détecter et à réagir rapidement aux signes de détérioration des patients. Ce programme comprend une formation théorique, des supports pédagogiques enrichis par une vidéo démontrant l'examen physique standardisé, ainsi qu'un livret, et trois stations de simulation : une démonstration d'examen physique, une simulation d'examen physique d'haute-fidélité sur un patient en décompensation, et des informations sur les protocoles à suivre (Fontenot et al., 2022). Ces stations ont permis la mise en pratique des compétences acquises par les infirmières (Fontenot et al., 2022). Ce programme a permis à Fontenot et al. (2022) d'observer une nette amélioration des pratiques.

Les résultats de cette étude montrent que tout au long de la formation 99,7% (n=1839) des participants ont suivi le cours avec succès (Fontenot et al., 2022). Concernant la simulation d'haute-fidélité, 88% des participants ont réussi dès la première tentative (Fontenot et al., 2022). Les 12% restants ont eu la possibilité de tenter une deuxième fois après un encadrement par un formateur (Fontenot et al., 2022). Cela a permis à 87% d'entre eux de réussir (Fontenot et al., 2022). Ceux ayant échoué au second passage (13%) ont pu répéter le cours et ainsi 80% d'entre eux ont réussi à la troisième tentative (Fontenot et al., 2022). Seuls cinq participants ont échoué (Fontenot et al., 2022).

Ces résultats soulignent la nécessité de l'engagement quant au soutien des participants qui rencontrent des difficultés et à trouver des stratégies pour améliorer leurs compétences (Fontenot et al., 2022).

Les comparaisons des résultats avant et après l'intervention de Fontenot et al. (2022) ont montré des améliorations significatives dans plusieurs domaines. Avant l'intervention, seulement 78% des examens physiques étaient exhaustifs contre 94% après le programme de formation ( $p < 0.001$ ). En ce qui concerne la rapidité de la documentation, seulement 64% ont été complétés dans les 4 heures suivant l'évaluation, contre 91% après l'intervention ( $p < 0.001$ ) (Fontenot et al., 2022). Avant cette dernière 67% des participants documentaient l'examen physique avec précision (Fontenot et al., 2022). Ce chiffre est passé à 95% après l'intervention ( $p < 0.001$ ) (Fontenot et al., 2022). Un autre point concerne l'utilisation de l'équipement, en effet avant l'intervention seul 48% des participant utilisaient les stylo-lumineux ou le pupillomètre contre 86% après l'intervention ( $p < 0.001$ ) (Fontenot et al., 2022). De plus, l'utilisation du stéthoscope est passé de 92% à 99% ( $p < 0.001$ ) (Fontenot et al., 2022). Les chercheurs ont également remarqué une réduction de la durée moyenne consacré à l'examen physique, passant



de 10,7 minutes à 9,84 minutes ( $p = 0,044$ ), bien qu'elle ne fût pas un objectif de mesure initiale (Fontenot et al., 2022), car les formateurs mettaient davantage l'accent sur la minutie que sur la rapidité.

Avant l'implémentation du programme, les appels tardifs aux équipes d'interventions rapides étaient en augmentation et cela entraînait des conséquences parfois graves pour le patient (Fontenot et al., 2022).

Six mois avant la formation MPAC, seulement 23% des appels aux équipes d'interventions rapides étaient effectués dans les 60 minutes suivant l'apparition des premiers signes de détérioration clinique (Fontenot et al., 2022). Après la formation, ce pourcentage est passé à 31%, montrant une amélioration dans la reconnaissance rapide des signes cliniques par les infirmières (Fontenot et al., 2022).

Pendant 12 mois, afin d'assurer la durabilité des changements de la pratique, des infirmières formatrices ont organisé des séances d'évaluation de la pratique de l'examen physique dans les unités de soins (Fontenot et al., 2022). Cette initiative a également permis aux infirmières formatrices d'adapter le processus et de fournir un encadrement si nécessaire (Fontenot et al., 2022). Cette approche a montré des résultats positifs : l'exhaustivité moyenne des examens physiques au cours de la période initiale post interventionnelle est restée supérieure (entre 85% à 95%) à celle effectuée avant la formation (entre 72% à 80%) (Fontenot et al., 2022). Elle s'est maintenue après cette dernière (>90%) (Fontenot et al., 2022).

Ainsi, grâce à ces résultats significatifs, la formation MPAC a été incluse dans le programme d'intégration afin de préparer les nouvelles infirmières avant leur premier jour dans leur unité (Fontenot et al., 2022).

De plus, il est intéressant de relever que Rosli et al. (2023) ont noté l'absence de différence entre les infirmières possédant une certification post-universitaire et celles qui n'en ont pas.

Enfin, selon l'étude de Rosli et al. (2023), parmi les facteurs facilitants identifiés, les chercheurs mentionnent également la gestion optimale du temps, l'utilisation d'équipements modernes et performants, le soutien de l'équipe et des médecins, la présence d'un leader exemplaire, ainsi que la supervision régulière. En outre, ils ont noté que l'acquisition d'une plus grande expérience et l'exposition aux compétences d'examen physique facilitaient l'application de ces compétences pour les infirmières (Rosli et al., 2023).

#### 5.1.3.2. Recommandations à l'amélioration de la pratique de l'examen physique

Rosli et al. (2023) ont mis en avant quatre recommandations faites par les infirmières quant à l'amélioration de la pratique de l'examen physique : la formation continue en soins infirmiers, la participation à des cours pertinents, l'obligation d'effectuer des examens physiques à un moment précis, et la mise en œuvre de formulaires d'examen physique standardisés.

À partir de ces recommandations, nous allons poursuivre notre travail en discutant de divers éléments pertinents associés et en nous appuyant sur d'autres sources complémentaires.

## 5.2. Tableau comparatif

<u>Thèmes</u>	<u>Sous-thèmes</u>	<u>Articles</u>					
		N°1 : Fontenot et al. (2022)	N°2 : Douglas et al. (2014)	N°3 : Da Veiga Gonçalves et al. (2023)	N°4 : Birks et al. (2013)	N°5 : Liyew, et al. (2021)	N°6 : Rosli et al. (2023)
<u>Fréquence d'utilisation de l'EC</u>				✓	✓	✓	✓
<u>Obstacles à la pratique de l'EC</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Domaine de spécialité</li> <li>• Manque de modèle de rôle infirmier</li> <li>• Manque du temps et d'interruptions</li> <li>• Manque de connaissance et d'expérience</li> <li>• Manque de confiance</li> <li>• Culture du service</li> <li>• Manque d'influence sur les soins aux patients</li> <li>• Dépendance à l'égard des autres et de la technologie</li> </ul>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<u>Facilitateurs à la pratique de l'EC</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation structurée, encadrée et suivie</li> <li>• Recommandations à l'amélioration de la pratique de l'examen physique</li> </ul>	✓					✓

Tableau 3. : Tableau synoptique

## 6. DISCUSSION

Les résultats de notre étude révèlent des disparités marquées dans l'utilisation de l'évaluation clinique par les infirmières. Da Veiga Gonçalves et al. (2023) montrent que la pratique de l'examen physique est hétérogène et n'est pas systématiquement intégrée dans la routine quotidienne des soins infirmiers, ce qui pourrait nuire à la qualité des soins et à la sécurité des patients. Bien que près de 46 % des infirmières utilisent cette pratique quotidiennement, plus de 40 % ne l'intègrent pas régulièrement dans leur travail. Cette situation met en lumière un écart préoccupant entre la formation théorique reçue et son application sur le terrain.

L'étude de Birks et al. (2013) indique que seuls 11 % des 121 compétences étaient systématiquement utilisées, tandis que 35,5 % des compétences d'examen physique apprises ne sont jamais mises en pratique. De manière similaire, dans une autre étude, Secrest et al. (2005) ont constaté que seulement 29 % des compétences étaient réellement utilisées quotidiennement ou hebdomadairement par les infirmières. Il est intéressant de noter que l'ASFF, telle que proposée par Gottlieb (2014), pourrait offrir une voie pour surmonter certains de ces obstacles. En effet, cette théorie invite à considérer non seulement les défis et les déficits des personnes, mais aussi leurs ressources et capacités, ce qui pourrait mener vers une évaluation plus complète de leurs forces dans la pratique clinique.

Par conséquent, nos résultats montrent que l'évaluation clinique infirmière est influencée par une multitude d'obstacles, certains étant intrinsèquement liés aux environnements spécifiques dans lesquels les infirmières évoluent. Selon Da Veiga Gonçalves et al. (2023), le domaine de spécialité émerge comme un obstacle important. Douglas et al. (2014) et Liyew et al. (2021) ont obtenu des résultats similaires. Da Veiga Gonçalves et al. (2023) hypothétisent que la présence d'autres professionnels effectuant l'examen physique complet décourage les infirmières de le faire, entraînant une atrophie de leurs compétences. Par exemple, Douglas et al. (2014) relèvent que dans des services spécialisés comme la néonatalogie ou la santé mentale, certaines compétences d'examen physique sont moins utilisées, car jugées moins pertinents dans ces contextes cliniques. Dans une étude antérieure, O'Farrelle et al. (2000) ont montré que certaines compétences étaient rarement mises en œuvre, souvent jugées inadaptées au contexte clinique ou mobilisées uniquement en cas de soupçon de problème.

De manière similaire, l'étude de Rosli et al. (2023) révèle que les procédures spécifiques réalisées par les infirmières étaient guidées par le type d'unité de soins dans laquelle elles travaillaient, notamment en fonction de la spécialité de l'unité et de leur niveau d'expérience professionnelle. Ils relèvent les infirmières travaillant dans les unités de

soins intensifs étaient plus susceptibles de mettre en pratique les compétences d'examen physique que celles travaillant dans les autres unités de soins (Rosli et al., 2023). Les auteurs de cette étude expliquent que la diversité des cas multidisciplinaires pris en charge en soins intensifs médicaux, pourrait influencer le choix des procédures d'examen physique en fonction du domaine de pratique concerné.

Cet obstacle pourrait être renforcé par la culture du service dans laquelle évoluent les infirmières. Les études de Birks et al. (2013) et Fontenot et al. (2022) soulignent que, dans certaines unités cliniques, l'examen physique n'est pas perçu comme une priorité par les infirmières, les soins administratifs ou les actes techniques prenant souvent le dessus. Plus précisément, Fontenot et al. (2022) ont observé que les infirmières accordaient une importance moindre aux examens physiques par rapport à d'autres soins. En conséquence, lorsque l'état d'un patient se détériorait, elles étaient souvent moins préparées à intervenir efficacement. L'étude a également révélé que la sensibilisation à l'examen physique des infirmières favorisait la reconnaissance précoce de changements subtils, ce qui augmentait leur réactivité et contribuait ainsi à garantir la sécurité des patients. De la même manière, Whebell et al. (2021) ont observé que la détection précoce de changements subtils contribue à accélérer le déploiement d'intervention d'urgence et à diminuer la mortalité.

En outre, Fontenot et al. (2022) mentionnent également un manque de soutien de la part des responsables d'équipe qui estiment que l'examen physique relève du domaine médical (Birks et al., 2013 ; Fontenot et al., 2022). Cependant, Fontenot et al. (2022) ont constaté que leur intervention a permis de sensibiliser les cadres à l'importance de la pratique de l'évaluation clinique permettant ainsi une meilleure considération, un meilleur engagement et un changement dans les cultures du service.

L'application de la théorie de Gottlieb peut contribuer à changer la culture du service en encourageant une vision plus positive et inclusive du rôle infirmier (Gottlieb, 2014, p.63). En insistant sur la reconnaissance des forces de la personne, cette approche pourrait promouvoir un environnement où l'évaluation clinique n'est plus perçue comme une simple tâche administrative ou une obligation, mais comme une opportunité de valoriser les compétences et les forces de chaque personne et d'adapter les soins en fonction de leurs ressources. Cela pourrait motiver les infirmières à s'impliquer davantage dans les examens physiques, même dans des unités où ces pratiques sont actuellement jugées moins pertinentes, comme la néonatalogie ou la santé mentale.

Un autre aspect central est la dépendance à l'égard des autres et de la technologie, un obstacle mentionné par Douglas et al. (2014) et relevé par Liyew et al. (2021) ainsi que par Da Veiga Gonçalves et al. (2023). Koehler et Teichgräber (2022) souligne également que cette dépendance, exacerbée par l'usage croissant des technologies médicales, réduit l'autonomie des infirmières et leur capacité à effectuer des examens physiques de manière indépendante. En effet, la pratique clinique repose de plus en plus sur des outils de surveillance électronique et des appareils diagnostiques, diminuant ainsi l'importance accordée aux compétences d'examen physique traditionnelles et contribuant à leur atrophie (Koehler & Teichgräber, 2022). Ce phénomène peut générer un sentiment d'insécurité chez les infirmières quant à leurs compétences, notamment chez celles ayant moins de dix ans d'expérience (Liyew et al., 2021), qui n'ont peut-être pas eu autant d'opportunités de les développer avant l'arrivée massive des technologies.

La reconnaissance de l'examen physique en tant que responsabilité des infirmières demeure un sujet de débat dans la littérature (Douglas et al., 2014). Ce questionnement provient principalement de l'estompage des frontières professionnelles autour de l'examen physique. Il semblerait que les infirmières soient hésitantes à intégrer des compétences d'examen physique au-delà de celles traditionnellement associées à leur rôle, telle que la prise de signes vitaux par des moyens électroniques. Selon Douglas et al. (2014), cela pourrait s'expliquer par des tensions professionnelles, une perception restreinte de leur rôle et un sentiment de confort dans les pratiques établies, en particulier en lien avec l'utilisation de la technologie. De plus, en se tournant vers d'autres professionnels ou vers des outils technologiques, les infirmières peuvent avoir tendance à déléguer ou à éviter des tâches qui, pourtant, relèvent de leurs compétences (Douglas et al., 2014). Cette dynamique peut accentuer le flou entre les rôles des infirmières et celui des médecins, car les infirmières peuvent se sentir moins enclines à assumer la responsabilité d'un examen physique approfondi, considérant cela comme relevant davantage du domaine médical (Douglas et al., 2014).

Rosli et al. (2023) soulignent que l'examen physique est indispensable, car il constitue un élément fondamental des responsabilités des infirmières. Elles doivent posséder des compétences pour identifier les changements cliniques, garantissant ainsi la sécurité des patients, mais également maîtriser leurs compétences cliniques et améliorer la qualité des soins (Rosli et al., 2023). Selon Gottlieb (2014), la qualité des soins et la sécurité des patients dépendent de la capacité d'observation des infirmières, qui reposent sur des observations précises et pertinentes, ainsi qu'à leur communication efficace (p.241). Quant à Fontenot et al. (2022), ils identifient également que les

responsabilités des infirmières sont en augmentation et que l'examen physique en fait partie.

Bien que la dépendance à la technologie et aux autres professionnels puisse entraîner une atrophie des compétences d'examen physique, l'approche de Gottlieb (2014) souligne l'importance de redécouvrir l'autonomie et l'expertise des infirmières dans ce domaine (p.57). L'évolution des technologies a, d'une certaine manière, instauré une distance entre l'infirmière et la personne, malgré les avancées positives qu'elle a permises en termes de diagnostics et de traitements. (Gottlieb, 2014, p.38).

Plutôt que de se reposer uniquement sur les appareils technologiques, les infirmières peuvent se concentrer sur les forces et les capacités d'adaptation des patients en termes de signes physiques observables, renforçant ainsi leur rôle dans le processus de soins. Cette approche pourrait contrebalancer la dépendance excessive à la technologie, en redonnant aux infirmières la confiance nécessaire pour réaliser des examens physiques plus réguliers et approfondis.

De plus, la dépendance à l'égard des autres et de la technologie, ainsi qu'un déficit de connaissances et de confiance, peut être exacerbée par le manque de temps et les interruptions fréquentes, renforçant ainsi ces problèmes. Par ailleurs, Da Veiga Gonçalves et al. (2023) indiquent que l'augmentation des tâches administratives, la complexité des états de santé et le nombre croissant de patients intensifient la charge de travail des infirmières, ce qui entraîne une pression sur le temps disponible. Tout cela met en lumière l'interaction entre les divers obstacles qui se nourrissent mutuellement dans la pratique clinique infirmière.

Da Veiga Gonçalves et al. (2023) ont trouvé une faible corrélation entre le nombre d'années d'expérience professionnelle et la fréquence des évaluations cliniques, suggérant que les infirmières plus expérimentées se fient davantage aux outils technologiques et à l'expertise d'autres professionnels pour évaluer les patients, ce qui limite la réalisation d'examens physiques complets. Une autre étude qualitative menée auprès d'infirmières spécialisées en cardiologie au Royaume-Uni a révélé que l'utilisation des compétences en examen physique variait selon leurs perceptions des limites de leur rôle, ainsi que leur compréhension de ce dernier et le soutien qu'elles recevaient de leurs collègues (Edmunds et al., 2010).

À l'inverse, l'étude de Rosli et al. (2023) montre que les infirmières ayant plus de 10 ans de pratique ont tendance à utiliser plus de compétences d'examen physique par rapport à celles qui ont moins d'expérience. Les auteurs suggèrent que ce résultat peut être attribué aux initiatives de formation continue, aux programmes de développement professionnel et aux cours post-universitaires offerts aux infirmières tout au long de leur carrière. Par ailleurs, les infirmières impliquées dans cette étude ont également noté que leur expérience et leur exposition aux compétences d'examen physique jouaient un rôle dans l'amélioration de leurs pratiques. Douglas et al. (2014) ont observé des résultats similaires et ajoutent que, bien que les infirmières plus expérimentées réalisent davantage d'examens physiques, elles ne jouent pas forcément le rôle de modèles pour celles moins expérimentées.

En outre, l'ASFF suggère que l'expérience des infirmières, un facteur clé dans l'utilisation des compétences d'évaluation clinique, peut être envisagée sous un autre angle. L'expérience ne se limite pas à une simple accumulation d'années de pratique, mais englobe également la capacité à mobiliser les forces internes et externes du patient. Ainsi, les infirmières plus jeunes ou moins expérimentées pourraient gagner en flexibilité et se sentir plus à l'aise dans la réalisation d'évaluations cliniques si elles étaient formées à reconnaître et à s'appuyer sur les forces des personnes, plutôt que de craindre les erreurs ou les lacunes dans leurs connaissances.

En effet, les infirmières plus jeunes ou moins expérimentées manquent souvent de soutien et d'exemples concrets pour appliquer efficacement les compétences acquises lors de leur formation. Selon Da Veiga Gonçalves et al. (2023), le soutien des pairs apparaît comme un facteur facilitateur important. Le manque de mise en pratique des compétences peut également renforcer le sentiment d'insécurité des infirmières. Ces dernières, en particulier celles qui ont moins d'expérience, peuvent hésiter à pratiquer des examens physiques par crainte de commettre des erreurs ou en raison d'une sous-estimation de leurs compétences. McElhinney (2010) a également relevé un manque de confiance dans l'évaluation de certains systèmes corporels, ainsi qu'une absence de soutien et d'acceptation de la part du personnel médical. Ce manque de confiance est souvent attribué à une formation initiale ou continue insuffisante, à l'absence de modèles de rôle et à la perception que certaines tâches relèvent plutôt des médecins ou d'autres professionnels de santé, renforçant ainsi l'insécurité ressentie. Rosli et al. (2023) soulignent également que cette absence de modèles de rôle peut être liée à des lacunes dans la formation continue, en effet de nombreuses infirmières expriment le besoin de mettre à jour leurs connaissances et compétences. Gottlieb (2014) soutient aussi qu'une infirmière ne peut pas pratiquer en l'absence d'une perspective théorique (p.60).



Cependant, Rosli et al. (2023) n'ont constaté aucune différence entre les infirmières possédant une certification post-universitaire et celles qui n'en ont pas. Ils expliquent cela par le fait que les compétences d'examen physique, enseignées durant la formation de base en soins infirmiers, ne sont pas suffisamment renforcées au niveau avancé. Ce point est également noté Giddens (2006). De plus, nous pensons que cette absence de différence pourrait également s'expliquer par le fait que les infirmières ayant suivi une formation post-universitaire prennent souvent un rôle différent au sein de l'équipe de soins. Étant moins présentes au chevet du patient, elles pratiquent donc moins l'examen physique.

Le Conseil International des Infirmières [CII] (2023) met en évidence que la recherche montre un lien significatif entre le niveau de formation des infirmières et l'amélioration des résultats de santé, soulignant ainsi l'importance d'une formation en soins infirmiers pour garantir des infirmières compétentes et capables de fournir des soins de qualité aux patients (pp. 27-28). En Suisse, les infirmières sont légalement tenues d'effectuer des examens physiques, conformément à l'article 25a de la Loi fédérale sur la santé publique [LSP], afin d'assurer la qualité des soins et la sécurité des patients. Le code de déontologie renforce cette obligation, exigeant professionnalisme et respect des droits des patients (CII, 2021). Une partie de la réforme des soins infirmiers vise à augmenter l'autonomie des infirmières, leur permettant ainsi de réaliser des évaluations cliniques et de prescrire des soins ne nécessitant pas d'ordonnance médicale. Cela contribue à une amélioration de l'accès aux soins et à optimiser la gestion des ressources en santé, tout en insistant sur la formation continue pour garantir des soins de qualité.

En conclusion, il est essentiel de renforcer les opportunités de formation continue pour les infirmières afin de remédier aux lacunes identifiées précédemment. Cela implique de développer des stratégies de formation continue et des protocoles standardisés pour intégrer l'évaluation clinique dans la pratique quotidienne des infirmières. En intégrant la théorie de Gottlieb (2014) dans leur pratique, les infirmières peuvent ainsi redécouvrir non seulement les forces de leurs patients, mais également celles qui résident dans leur propre approche clinique (p.64).

## **7. CONCLUSION**

### **7.1. Apports du travail :**

Ce travail de bachelor a permis d'apporter une analyse des obstacles et des facilitateurs à l'évaluation clinique infirmière, enrichissant ainsi la compréhension des défis auxquels les infirmières sont confrontées. En s'appuyant sur la théorie de l'ASFF, il offre un cadre valorisant les compétences et les ressources des infirmières, tout en proposant des recommandations concrètes pour améliorer la formation et le soutien professionnel, essentiels à la qualité des soins. Ce cadre permet d'autre part de favoriser le partenariat avec la personne, primordial à la pratique de l'évaluation clinique (Gottlieb, 2014, p.37). De plus, la recherche souligne l'importance d'une formation initiale et continue adéquate, mettant en lumière les lacunes actuelles. Cela est crucial pour renforcer la confiance des infirmières et leur capacité à réaliser des évaluations cliniques précises, un point également soutenu par McElhinney (2010).

La réalisation de ce travail constitue également un apport significatif pour nous-même, en nous permettant de développer des compétences essentielles en recherche, en analyse critique et en rédaction académique, qui seront bénéfiques pour notre future carrière. En abordant un sujet qui nous tient à cœur, il renforce notre engagement envers notre profession et notre compréhension des enjeux contemporains en soins infirmiers. En outre, ce travail ouvre la voie à des recherches futures sur l'évaluation clinique infirmière et la formation, tout en incitant les chercheurs et les professionnels à approfondir davantage les relations entre la formation et la qualité des soins. En identifiant des domaines nécessitant une attention supplémentaire, il contribue ainsi à l'évolution des pratiques infirmières et à l'amélioration continue des soins centrés sur les patients.

Donc, ce travail de bachelor a non seulement permis d'éclairer des aspects cruciaux de la pratique infirmière, mais il a également favorisé le développement de nos compétences, consolidant ainsi notre rôle futur dans le domaine des soins infirmiers.

### **7.2. Limites du travail :**

Ce travail de bachelor présente certaines limites inhérentes à la nature même d'un travail d'initiation à la recherche. En tant que tel, il est possible que la qualité académique soit entachée par des lacunes, notamment en ce qui concerne la profondeur d'analyse et la rigueur méthodologique. De plus, la revue de littérature a été limitée à six articles, ce qui restreint la portée et la diversité des perspectives examinées. Cette contrainte peut avoir conduit à une vision quelque peu réductrice des enjeux complexes liés à l'évaluation

clinique infirmière et à l'identification des obstacles et des facilitateurs. Par conséquent, bien que ce travail ait permis d'explorer des aspects importants du sujet, il appelle à des recherches futures plus étendues et approfondies pour renforcer la compréhension de ces thématiques.

Les articles provenant d'Éthiopie (Liyew et al., 2021) et de Malaisie (Rosli et al., 2023) ont été inclus, car les facteurs influençant la pratique de l'évaluation clinique sont superposables aux pratiques en Suisse.

Toutefois, les résultats présentés dans l'article de Liyew et al. (2021) sur les pratiques et les barrières concernant l'examen physique chez les infirmières en unités de soins intensifs nous interrogent, surtout en comparaison avec d'autres études utilisant la même échelle de Douglas. Bien que ces données ne soient pas nécessairement fausses, leur comparabilité est limitée, car les auteurs n'ont pas appliqué les mêmes méthodes de calcul que celles employées dans les autres études. Cela constitue une contrainte pour l'analyse des données, rendant difficile l'établissement de conclusions générales sur les pratiques d'examen physique dans divers contextes cliniques.

### **7.3. Perspectives pour les soins infirmiers**

#### **7.3.1. *Perspectives pour la recherche***

Les perspectives pour la recherche en soins infirmiers, découlant de ce travail de bachelor, ouvrent plusieurs pistes prometteuses qui pourraient enrichir le domaine et contribuer à l'amélioration des pratiques et des résultats de santé.

Premièrement, une avenue de recherche pourrait se concentrer sur l'évaluation de l'impact des programmes de formation continue sur la prise de confiance et les compétences des infirmières. Des études longitudinales pourraient être mises en place pour suivre l'évolution des pratiques des infirmières avant et après leur participation à des formations spécifiques. Cela permettrait d'analyser de manière plus approfondie de leur influence sur les aptitudes des infirmières et sur la qualité des soins prodigués.

Deuxièmement, une exploration plus approfondie des différents contextes de travail des infirmières serait bénéfique. Étant donné que les pratiques et les défis varient selon le type d'environnement (hôpital, soins extrahospitaliers, etc.), il serait pertinent de mener des études comparatives qui examinent comment ces différents contextes influencent l'évaluation clinique et le soutien professionnel. Cela inclurait aussi une attention particulière aux cultures organisationnelles qui favorisent ou freinent le développement professionnel des infirmières.

Par ailleurs, l'interaction entre les infirmières et d'autres professionnels de la santé mérite d'être investiguée. Comprendre l'influence de la collaboration interprofessionnelle sur l'évaluation clinique et la confiance des infirmières dans leurs compétences pourrait offrir des perspectives intéressantes pour améliorer le travail d'équipe, et par conséquent, la qualité des soins prodigués et assurer la sécurité des patients. Gottlieb (2014) soutient également cette notion de collaboration, qui apporte une dimension multi-dimensionnel (p.64).

Il serait également intéressant de recommander des études sur les facilitateurs de l'évaluation clinique et d'explorer l'application des compétences cliniques dans le cadre de partenariats de soins établis avec les patients. Cela pourrait révéler comment ces partenariats influencent l'application des compétences cliniques et la dynamique des soins. Gottlieb (2014) appui cette idée que « La voix du patient compte tout autant, sinon plus, que la voix du professionnel de santé » (p.115).

Enfin, l'exploration des nouvelles technologies et leur impact sur la pratique de l'évaluation clinique ainsi que la formation des infirmières pourraient s'avérer pertinents. Avec l'essor de la télémédecine et des outils numériques, il serait intéressant de mener des recherches sur leur intégration dans la pratique infirmière et sur leur effet sur les compétences et la confiance des infirmières. Cela permettrait d'évaluer comment ces technologies peuvent être utilisées pour soutenir le développement professionnel et contribuer à de meilleurs résultats de santé.

En somme, les perspectives pour la recherche en soins infirmiers à partir de ce travail de bachelor sont variées et prometteuses. Elles offrent des opportunités d'explorer des domaines clés pour le développement professionnel des infirmières, l'amélioration des soins, mais également la sécurité des patients. Ces pistes contribueraient à renforcer la profession infirmière et à assurer des soins de santé de haute qualité.

### **7.3.2. Perspectives pour la pratique clinique**

Les résultats de ce travail de bachelor suggèrent plusieurs actions visant à améliorer la pratique clinique en soins infirmiers.

Tout d'abord, il est essentiel de renforcer le soutien entre pairs. Des programmes de mentorat pourraient aider les infirmières, en particulier les moins expérimentées, à acquérir plus de confiance dans leurs compétences et de les maintenir. Cela favoriserait également une culture de collaboration au sein des équipes de soins.

Ensuite, encourager l'apprentissage en situation réelle est crucial. Les établissements de santé devraient offrir davantage d'opportunités pour que les infirmières puissent

participer activement à des situations cliniques variées. Cela leur permettrait de développer leurs compétences en évaluation clinique et de mieux se préparer aux défis quotidiens de la profession.

Par ailleurs, promouvoir une collaboration interprofessionnelle est important pour améliorer la qualité des soins. En travaillant ensemble avec d'autres professionnels de santé, les infirmières peuvent mieux comprendre les rôles de chacun et améliorer le processus de soins pour les patients. Cette dimension leur permettrait également d'enrichir leurs connaissances.

De plus, mettre en place des systèmes d'évaluation réguliers des pratiques cliniques permettrait d'identifier les domaines nécessitant des améliorations. Cela pourrait inclure des audits de qualité et des retours réguliers de la part des patients et des collègues, favorisant ainsi une culture d'amélioration continue au sein des équipes de soins.

Enfin, la notion de normalisation de l'évaluation clinique, mentionnée dans l'étude de Rosli et al (2023), consiste à reconnaître cette pratique comme une composante indissociable du rôle infirmier. Elle implique l'intégration systématique de cette pratique, selon des standards professionnels, afin d'assurer des soins cohérents et rigoureux. Cette approche contribuerait à prévenir l'atrophie de compétences, à renforcer la confiance des infirmières, ainsi qu'à encourager la collaboration interprofessionnelle et le soutien mutuel.

En résumé, ces recommandations visent à renforcer le soutien entre pairs, à favoriser l'expérience pratique et à encourager la collaboration dans la pratique clinique, ce qui pourrait conduire à une meilleure qualité des soins tout en augmentant la satisfaction des infirmières et des patients.

### **7.3.3. Perspectives pour l'enseignement**

Les perspectives pour l'enseignement en soins infirmiers issues de ce travail de bachelor sont variées et visent à améliorer la formation des futurs professionnels de santé.

Tout d'abord, il est crucial de faire le lien avec un ancrage théorique, en renforçant l'idée qu'une formation ancrée au niveau disciplinaire apporte une plus-value significative pour la démarche de soin. En intégrant des concepts théoriques pertinents dans la pratique, les étudiants peuvent mieux comprendre l'importance de leurs compétences dans le cadre des soins aux patients.

De plus, la simulation haute-fidélité représente un outil pédagogique précieux. Des recherches menées par Boloré et al. (2023) montrent que cette méthode améliore les compétences cliniques des étudiants en leur offrant des expériences réalistes dans un

environnement contrôlé. Cela leur permet de se préparer efficacement aux situations qu'ils rencontreront en pratique réelle, renforçant ainsi leur confiance et leur capacité à réagir de manière réfléchie et appropriée (Boloré et al., 2023). Cette approche permet aux étudiants d'apprendre de leurs erreurs et de prendre conscience de l'importance de la pratique de l'évaluation clinique.

L'utilisation d'outils mnémotechniques, comme le suggèrent par Salgado et al. (2023) pourrait également être intégrée dans la formation. Ces outils aident les étudiants à mémoriser des informations essentielles et à appliquer des connaissances théoriques dans des situations cliniques, ce qui est essentiel pour gagner en autonomie et améliorer leurs compétences d'évaluation et de prise de décision (Rest Haven Nursing, 2023).

Par ailleurs, il est fondamental de renforcer l'apprentissage en situation réelle en offrant davantage d'opportunités pour que les infirmières puissent s'engager activement dans des situations cliniques variées. Cela leur permettrait de développer leurs compétences d'évaluation clinique et de mieux se préparer aux défis du monde du travail.

La promotion d'une collaboration interprofessionnelle est également importante pour améliorer la qualité des soins. En effet, il est essentiel de former les infirmières à travailler en synergie avec d'autres professionnels de santé, afin de garantir des soins plus coordonnés et efficaces.

Il est important de relever que la formation à l'évaluation clinique est un élément clé dans le monde de la santé. Les infirmières doivent se conformer à des normes de soins de plus en plus exigeantes. En Suisse, les différences entre les formations offertes aux infirmières par les Hautes Écoles Spécialisées (HES) et les Écoles Supérieures (ES) sont notables, en particulier en ce qui concerne l'évaluation clinique. Les HES proposent des cursus plus complets, intégrant des compétences avancées en évaluation clinique, ce qui est crucial pour garantir une qualité de soins optimale (HES-SO, 2015).

Ces formations permettent aux infirmières de mieux répondre aux besoins des patients et de s'adapter aux évolutions du secteur de la santé. La formation continue et spécialisée contribue également à renforcer la confiance des infirmières dans leurs compétences cliniques, favorisant ainsi des interventions plus précises et efficaces.

En résumé, ces perspectives visent à promouvoir la pratique de l'ECI, à créer un cadre éducatif qui prépare les étudiants en soins infirmiers à répondre aux exigences croissantes de la profession et à assurer une qualité de soins optimale en ayant à cœur la sécurité des patients.

## 8. RÉFÉRENCES

- Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., & Neff, D. F. (2011). The Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments. *Medical care*, 49(12), 1047-1053.  
<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182330b6e>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care : Cross-national findings. *Nursing Outlook*, 50(5), 187-194.  
<https://doi.org/10.1067/mno.2002.126696>
- Aiken, L. H., & Sloane, D. M. (2020). Nurses matter : More evidence | BMJ Quality & Safety. *BMJ Qual Saf*, 29, 1-3. <https://doi.org/doi:10.1136/bmjqs-2019-009732>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T., Sermeus, W., & RN4CAST consortium. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries : A retrospective observational study. *Lancet (London, England)*, 383(9931), 1824-1830.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 143-153.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., Finlayson, M., Kanai-Pak, M., & Aunguroch, Y. (2011). Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 23(4), 357-364.  
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr022>

- Aiken, L.H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A.M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C.B., Moreno-Casbas, T., Ball, J.E., Ausserhofer, D., Sermeus, W. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf*, 26(7), 559-568. <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/26/7/559.full.pdf>
- Association des directeurs de l'environnement du travail. (2018). *Environnement de travail : Vers une performance globale*. <https://www.metiers-assurance.org/wp-content/uploads/2018/10/ARSEG-Document-environnement-de-travail-.pdf>
- Birks, M., Cant, R., James, A., Chung, C., & Davis, J. (2013). The use of physical assessment skills by registered nurses in Australia: issues for nursing education. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 20(1), 27–33. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2012.02.004>
- Boloré, S., Fassier, T., & Guirimand, N. (2023). Effect of an interprofessional simulation program on patient safety competencies of healthcare professionals in Switzerland: A before and after study. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 20, Article 25. <https://doi.org/10.3352/jeehp.2023.20.25>
- Bousser, M. (2022). Les facteurs d'adaptabilité des personnels de santé contributifs à la résilience hospitalière et les leviers managériaux mobilisés. *Projectics / Proyética / Projectique*, S, 33-55. <https://doi.org/10.3917/proj.hs03.0033>
- Brûlé, M., & Cloutier, L. (2002). *L'examen clinique dans la pratique infirmière*. ERPI – Le Renouveau Pédagogique Editions.
- Busnel, C., Ludwig, C., & Da Rocha Rodrigues, M. G. (2020). La complexité dans la pratique infirmière : Vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 140(1), 7-16. <https://doi.org/10.3917/rsi.140.0007>



- Centre hospitalier universitaire vaudoise. (2023). *CAS en évaluation clinique infirmière*.  
<https://www.chuv.ch/fr/chuv-home/formation/offre-de-formation/offre-de-formation-detail/formation/cas-en-evaluation-clinique-infirmiere>
- Cicolini, J., Timmins, F., & McCabe, C. (2014). Development and validation of a clinical skills assessment tool: A pilot study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(6), 91-99. <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n6p91>
- Cloutier, L., Delmas, P., Dall'ava-Santucci, J. (2010). *La pratique infirmière de l'examen clinique*. De Boeck Université.
- Colwell, C. B., & Smith, J. (1985). Determining the Use of Physical Assessment Skills in the Clinical Setting. *Journal of Nursing Education*, 24(8), 333-339.  
<https://doi.org/10.3928/0148-4834-19851001-07>
- Confédération suisse. (1999). *Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst.]* <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1999/404/fr>
- Confédération suisse. (2016). *Loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Loi sur les épidémies, LEp) du 28 septembre 2012 (état au 1er janvier 2016)*. <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2015/374/fr>
- Conférence Spécialisée Santé des Hautes écoles spécialisées suisses [FKG-CSS]. (2021, juillet). *Compétences relatives aux professions de la santé*. pp.21-27.  
[https://fkg-css.ch/wp-content/uploads/2021/11/Competences-professions-de-la-sante\\_F\\_21.09.08.pdf](https://fkg-css.ch/wp-content/uploads/2021/11/Competences-professions-de-la-sante_F_21.09.08.pdf)
- Conseil international des infirmières. (2023). *Journée internationale des infirmières 2023 : Nos infirmières. Notre avenir*. <https://www.icn.ch/international-nurses-day-2023>
- Conseil international des infirmières. (2021). *Le Code de déontologie des infirmières de l'ICN*. International Council of Nurses. <https://www.icn.ch>
- Coulon, D. B. (2018). *Co-construire des pratiques écosystémiques préventives soutenant le pouvoir d'agir des patients dans le contexte des pleurs* [Thèse de

- doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières]. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/8538/1/032107379.pdf>
- Da Veiga Gonçalves, L., Latanioti, M., Latif, S., Verloo, H., & Pereira, F. (2023). Barriers to nurses performing physical assessments in rehabilitation care units: An observational study. *Journal of advanced nursing*, 79(8), 3057–3068. <https://doi.org/10.1111/jan.15615>
- Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier : Au cœur de la discipline et de la profession*. Gaëtan Morin.
- De Vries, E. N., Ramrattan, M. A., Smorenburg, S. M., Gouma, D. J., & Boermeester, M. A. (2008). The incidence and nature of in-hospital adverse events : A systematic review. *Quality & Safety in Health Care*, 17(3), 216-223. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023622>
- Douglas, C., Mendez, J., & Smith, E. (2014). Barriers to nurses' use of physical assessment in clinical practice: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2251-2260. <https://doi.org/10.1111/jan.12419>
- Douglas C., Osborne S., Reid C., Batch M., Hollingdrake O., & Gardner G. (2014) What factors influence nurses' assessment practices? Development of the Barriers to Nurses' use of Physical Assessment Scale. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2683–2694. <https://doi.org/10.1111/jan.12408>
- Doyon, O., & Longpré, S. (2022). *Évaluation clinique d'une personne symptomatique* (2<sup>e</sup> éd). ERPI – Le Renouveau Pédagogique Editions.
- Doyon, O., Spycher, L., & Pfister, A. (2017). *La surveillance infirmière : dernier filet de sécurité du patient*. Éditions Lamarre.
- Edmunds, L., Ward, S., & Barnes, R. (2010). The use of advanced physical assessment skills by cardiac nurses. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 19(5), 282–287. <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.5.47058>

- Fawcett, J. (2022). *Nursing theory: Utilization and application* (5th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Fondation La Source. (2019). *La formation Bachelor ces dix dernières années*. Rapport annuel 2019. <https://rapportannuel.lasource.ch/article/la-formation-bachelor-ces-dix-dernieres-annees/215>
- Fontenot, N. M., Hamlin, S. K., Hooker, S. J., Vazquez, T., & Chen, H.-M. (2022). Physical assessment competencies for nurses: A quality improvement initiative. *Nursing forum*, 57(4), 710–716. <https://doi.org/10.1111/nuf.12725>
- Formarier, M. & Jovic, L. (2012). La base conceptuelle des soins infirmiers. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition* (pp. 39-41). Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0039>
- Germack, H. D., Griffiths, P., Sloane, D. M., Rafferty, A. M., Ball, J. E., & Aiken, L. H. (2015). Patient satisfaction and non-UK educated nurses : A cross-sectional observational study of English National Health Service Hospitals. *BMJ Open*, 5(12), 1-8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009483>
- Giddens, J. F. (2006). Comparing the frequency of physical examination techniques performed by associate and baccalaureate degree prepared nurses in clinical practice: Does education make a difference? *Journal of Nursing Education*, 45(3), 136-139. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060301-08>
- Giddens, J. F. (2007). The clinical skills assessment scale: A new tool for assessing clinical skills in nursing education. *Nurse Educator*, 32(6), 266-272. <https://doi.org/10.1097/01.NNE.0000297112.48923.7e>
- Gottlieb, L.N., & Gottlieb, B. (2014). *Les soins infirmiers fondés sur les forces : la santé et la guérison de la personne et de la famille*. De Boeck.

- Goulet, O., & Dallaire, C. (2002). *Les soins infirmiers : Vers de nouvelles perspectives*. G. Morin.
- Haute Autorité de Santé. (2023). *Comprendre la sécurité du patient*. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2582468/fr/comprendre-la-securite-du-patient](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2582468/fr/comprendre-la-securite-du-patient)
- Haute Autorité de Santé (2022). *Déclarer les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS)*. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2787338/fr/declarer-les-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2787338/fr/declarer-les-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs)
- Haute école de santé de Genève. (s. d.). *ML HES Examens cliniques*. Consulté 30 juin 2023, à l'adresse <https://www.hesge.ch/heds/formation/formation-continue/formations-modules-libres/ml-hes-examens-cliniques>
- Haute École Spécialisée de Suisse occidentale. (2015). *Cahier d'information sur l'enseignement de l'examen clinique infirmier au niveau Bachelor*. [https://www.heds-fr.ch/media/1229/0\\_information\\_ec.pdf](https://www.heds-fr.ch/media/1229/0_information_ec.pdf)
- Haute École Spécialisée de Suisse occidentale. (2012). *Plan d'études cadre Bachelor 2012*. <https://www.hes-so.ch/data/documents/plan-etudes-bachelor-soins-infirmiers-878.pdf>
- Jarvis, C. (2023). *Physical Examination and Health Assessment* (8e éd.). Elsevier.
- Joanna Briggs Institute. (s. d.). JBI critical appraisal tools. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Koehler, C., & Teichgräber, U. (2022). How the nursing profession should adapt for a digital future. *BMJ*, 376, n1190. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1190>
- Kutney-Lee, A., & Aiken, L. H. (2013). The case for baccalaureate-prepared nurses. *LDI Issue Brief*, 18(6), 1-4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23802339/>
- Lasater, K. B., McHugh, M. D., Rosenbaum, P. R., Aiken, L. H., Smith, H. L., Reiter, J. G., Niknam, B. A., Hill, A. S., Hochman, L. L., Jain, S., & Silber, J. H. (2021).

- Evaluating the Costs and Outcomes of Hospital Nursing Resources : A Matched Cohort Study of Patients with Common Medical Conditions. *Journal of General Internal Medicine*, 36(1), 84-91. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06151-z>
- Leape, L., Berwick, D., Clancy, C., Conway, J., Gluck, P., Guest, J., Lawrence, D., Morath, J., O'Leary, D., O'Neill, P., Pinakiewicz, D., Isaac, T., & for the Lucian Leape Institute at the National Patient Safety Foundation. (2009). Transforming healthcare : A safety imperative. *Quality and Safety in Health Care*, 18(6), 424-428. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.036954>
- Leclerc, C. & Rexhaj, S. (2016). Évaluation de l'état mental dans la pratique infirmière. [https://www.unil.ch/sciences-infirmieres/files/live/sites/sciences-infirmieres/files/shared/Conferences\\_IUFRS/Evaluation%20de%20l%27%C3%A9tat%20mental%20dans%20la%20pratique%20infirmi%C3%A8re%2026%20avril%202016\\_Leclerc%20et%20Rexhaj.pdf](https://www.unil.ch/sciences-infirmieres/files/live/sites/sciences-infirmieres/files/shared/Conferences_IUFRS/Evaluation%20de%20l%27%C3%A9tat%20mental%20dans%20la%20pratique%20infirmi%C3%A8re%2026%20avril%202016_Leclerc%20et%20Rexhaj.pdf)
- Lecordier, D. (2011). La santé et les soins infirmiers : l'évolution de concepts centraux dans un contexte scientifique donné. *Recherche en soins infirmiers*, 106, 82-85. <https://doi.org/10.3917/rsi.106.0082>
- Le Gall, J., & Wanquet-Thibault, P. (2011). *Qualité des soins : de la recherche à l'évaluation des pratiques professionnelles*. Éd. Lamarre.
- Létourneau, J., Brisson, M., & Moretti, S. (2017). La compétence professionnelle : une obligation déontologique. *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*. <https://www.oiiq.org/la-competece-professionnelle-une-obligation-deontologique>
- Lindpaintner, L. S., Bischofberger, I., Brenner, A., Knüppel, S., Scherer, T., Schmid, A., Schäfer, M., Stoll, H.R., Stolz-Baskett, P., Weyermann-Etter, S. & Hengartner-Kopp, B. (2009). Defining Clinical Assessment Standards for Bachelor's-Prepared Nurses in Switzerland. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(3), 320-327. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01286.x>

- Liyew, B., Tilahun, A. D., & Kasew, T. (2021). Practices and Barriers towards Physical Assessment among Nurses Working in Intensive Care Units: Multicenter Cross-Sectional Study. *BioMed research international*, 2021, 5524676. <https://doi.org/10.1155/2021/5524676>
- Loi fédérale du 30 septembre 2016 sur les professions de la santé (Loi sur la profession de la santé) (=LPSan ; RS 811.21 ; état le 1<sup>er</sup> janvier 2022).
- Mariage, A. (2001). Stratégies de coping et dimensions de la personnalité : Étude dans un atelier de couture. *Le travail humain*, 64(1), 45. <https://doi.org/10.3917/th.641.0045>
- Massebiaux, C., Dettwiler, F., Ferreira, M., Roulin, M.-J., & Massebiaux, C. (2016). *L'examen clinique infirmier*. [https://www.researchgate.net/profile/Marie-Jose-Roulin/publication/301497677\\_L'examen\\_clinique\\_infirmier/links/5716917108ae497c1a570363/Lexamen-clinique-infirmier.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Marie-Jose-Roulin/publication/301497677_L'examen_clinique_infirmier/links/5716917108ae497c1a570363/Lexamen-clinique-infirmier.pdf)
- McElhinney, E. (2010). Factors which influence nurse practitioners ability to carry out physical examination skills in the clinical area after a degree level module--an electronic Delphi study. *Journal of clinical nursing*, 19(21-22), 3177–3187. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03304.x>
- Missi, P., Dallaire, C. & Giguère, J. (2018). Science et science infirmière : quels liens, quels enjeux et quelle évolution future pour la discipline infirmière ? Recherche en soins infirmiers, 134, 6-15. <https://doi.org/10.3917/rsi.134.0006>
- O'Farrell, B., Ford-Gilboe, M., & Wong, C. (2000). Evaluation of an advanced health assessment course for acute care nurse practitioners. *Canadian journal of nursing leadership*, 13(3), 20–27. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2000.16303>
- Office fédéral de la santé publique. (2023). *Initiative sur les soins infirmiers : mise en œuvre* (art. 117b Cst.). <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstufe/vi-pflegeinitiative.html>

- Office fédéral de la santé publique. (2023). *Renforcer la sécurité des patients dans le monde*. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/internationale-beziehungen/internationale-gesundheitsthemen/staerkung-der-globalen-patientensicherheit.html>
- Organisation internationale de normalisation. (2015). *ISO 9000:2015, Systèmes de management de la qualité - Principes essentiels et vocabulaire* (4<sup>e</sup> éd). <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9000:ed-4:v2:fr:term:3.6.2>
- Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Constitution*. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
- Organisation mondiale de la Santé. (2023). *Qualité des soins*. <https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care>
- Organisation mondiale de la Santé. (2019). *Sécurité des patients*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Rest Haven Nursing. (2023). *Unlocking Nursing Success: Mnemonics for Effective Learning*. <https://resthavernursing.com/blog/mnemonics-in-nursing-education>
- Rosli, S. N., Soh, K. L., Ong, S. L., Halain, A. A., Abdul Raman, R., & Soh, K. G. (2023). Physical assessment skills practised by critical care nurses: A cross-sectional study. *Nursing in critical care*, 28(1), 109–119. <https://doi.org/10.1111/nicc.12748>
- Salgado, R., Fiorentino, A., & Delmas, P. (2023). Un nouvel outil pour l'évaluation clinique infirmière structurée. *Krankenpflege*, 10, 64-65.
- Sanchez, N. (2017). *L'examen clinique : fondement de la profession infirmière*. <https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/lexamen-clinique-fondement-de-la-profession-infirmiere>
- Secrest, J. A., Norwood, B. R., & duMont, P. M. (2005). Physical assessment skills: a descriptive study of what is taught and what is practiced. *Journal of professional*

- nursing : official journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 21(2), 114–118. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2005.01.004>
- Slawomirski, L., Auraaen, A., & Klazinga, N. (2017). *The economics of patient safety*. <https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>
- Verdon, A., & Menoud, G. (Éds.). (2022). La qualité et la sécurité des soins, clé de voûte de l'enseignement : Évaluation clinique et démarche de soins. *Krankenpflege .Soins infirmiers*, (Vol. 1). 70-71. <https://arodes.hes-so.ch/record/9675?ln=fr>
- Vincent, C., & Staines, A., (2019). *Améliorer la qualité et la sécurité des soins en Suisse*. Office fédéral de la santé publique. [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/cc/kom/Qualitaetsbericht.pdf.download.pdf/rapport\\_national\\_sur\\_la\\_qualite.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/cc/kom/Qualitaetsbericht.pdf.download.pdf/rapport_national_sur_la_qualite.pdf)
- Whebell, S. F., Prower, E. J., Zhang, J., Pontin, M., Grant, D., Jones, A. T., & Glover, G. W. (2021). Increased time from physiological derangement to critical care admission associates with mortality. *Critical care (London, England)*, 25(1), 226. <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03650-1>
- You, L., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Liu, K., He, G., Hu, Y., Jiang, X., Li, X., Li, X., Liu, H., Shang, S., Kutney-Lee, A., & Sermeus, W. (2013). Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction : Cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 154-161. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.05.003>



## 9. ANNEXES

### 9.1. Annexe 1

Les méta-paradigmes des soins infirmiers et les postulats qui sous-tendent l'ASFF :

<b>Métabaradigme des soins infirmiers</b>	<b>Postulats qui sous-tendent l'ASFF</b>
<b>Santé</b>	Les individus, les familles et les communautés aspirent à une meilleure santé et à la guérison et ils sont motivés par elles.
<b>Personne</b>	<p>Chaque personne est unique.</p> <p>Chaque personne fonctionne comme un tout intégré.</p> <p>Les personnes ont la capacité de croître, de se transformer et de s'autogérer.</p> <p>Les gens créent leurs propres significations qui les aident à se comprendre et à donner un sens à leur environnement et à leurs expériences.</p> <p>Les potentiels et les forces sont inhérents à chaque chose, allant des cellules et jusqu'aux citoyens et aux communautés.</p> <p>Les problèmes, les faiblesses, les vulnérabilités, les épreuves et la souffrance font partie de la condition humaine.</p> <p>Les forces sont nécessaires à la guérison et à l'autogestion.</p> <p>Chaque personne a en elle le pouvoir de s'autogérer. Ce pouvoir est une force par elle-même.</p> <p>Ses forces aident la personne à s'adapter à son environnement et à composer avec une vaste gamme de problèmes de santé.</p>
<b>Environnement</b>	Les environnements contiennent des énergies puissantes, qui agissent sur des forces ou sur des déficits particuliers qui détermineront la façon dont une personne survit et croît ou succombe et s'étirole dans un environnement donné.
<b>Soins infirmiers</b>	<p>Les soins infirmiers ont la mission d'entourer les individus, les familles et les communautés, de les aider à rester en santé et à composer avec leurs problèmes, de favoriser le rétablissement et la guérison, et de diminuer la souffrance.</p> <p>Les professionnels des soins infirmiers soutiennent les individus et leur environnement pour cibler et développer les forces qui appuient la promotion de la santé et facilitent la guérison.</p> <p>Les infirmières, par leur présence et leurs interventions, font partie de l'environnement de la personne et de la famille. Elles créent aussi l'environnement qui favorise la guérison.</p>

Tiré de : Gottlieb, 2014, p.68

## 9.2. Annexe 2 – Grille d'analyse JBI

### 9.2.1. Article 1 – Grille JBI

#### JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer Nurs Forum Date 1 mars

Author Fontenot, N. M., Hamlin, S. K., Hooker, S. J., Vazquez, T., & Chen, H.-M.

Year 2022 Record Number doi: 10.1111/nuf.12725

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

---

---

### 9.2.2. Article 2 – Grille JBI

## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer Journal of Advanced Nursing Date 8 mars

Author Douglas C., Osborne S., Reid C., Batch M., Hollingdrake O. & Gardner G.

Year 2014 Record Number doi: 10.1111/jan.12408

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

---

---

### 9.2.3. Article 3 – Grille JBI

## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer Journal of advanced nursing Date 11 février

Author Da Veiga Gonçalves, L., Latanioti, M., Latif, S., Verloo, H., & Pereira, F.

Year 2023 Record Number doi: 10.1111/jan.15615

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

---

---

#### 9.2.4. Article 4 – Grille JBI

### JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer Collegian (Royal College of Nursing) Date 21 février

Author Birks, M., Cant, R., James, A., Chung, C., & Davis, J.

Year 2013 Record Number doi: 10.1016/j.colegn.2012.02.004

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

---

---

### 9.2.5. Article 5 – Grille JBI

## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer BioMed research international Date 14 juillet

Author Liyew, B., Tilahun, A. D., & Kasew, T.

Year 2021 Record Number doi: 10.1155/2021/5524676

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

---

---

### 9.2.6. Article 6 – Grille JBI

## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer Nursing in critical care Date 12 janvier 2022

Author Rosli, S. N., Soh, K. L., Ong, S. L., Halain, A. A., Abdul Raman, R., & Soh, K. G.

Year 2023 Record Number doi: 10.1111/nicc.12748

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

---

---

### 9.3. Annexe 3 : Tableaux de synthèse des articles retenue pour l'analyse critique

#### 9.3.1. Article 1

<b>Auteur :</b> Fontenot et al. <b>Année:</b> 2022 <b>Pays:</b> USA <b>Revue :</b> Nurs Forum		<b>Titre:</b> Physical assessment competencies for nurses: A quality improvement initiative <b>Devis:</b> Quantitative – <b>Type :</b> Observationnelle - <b>Sous-type :</b> Descriptive Études de devis principalement axés quantitative malgré inclusion des éléments qualitatives <b>Niveau de preuve selon la pyramide des preuves (Polit &amp; Beck, 2020, p.29):</b> 5			
Thèmes Objectifs	Population Échantillon	Mesure	Résultats	Discussion	Limites/Apports
<b>Objectif :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recentrer les infirmières sur la pratique fondamentale de l'évaluation physique afin d'améliorer la détection précoce de la détérioration des patients grâce à la mise en place de l'initiative d'amélioration de la qualité, Methodist Proficient Assessment Competency (MPAC®).</li> <li>Ce projet a pour but d'évaluer la pratique actuelle des évaluations physiques, créer</li> </ul>	<b>Population :</b> Infirmière des services de soins hospitalier. Toutes les unités de soins infirmiers pour patients hospitalisés ont été réparties en trois groupes et ont programmé leur participation au printemps, à l'été et à l'automne 2018 <b>Échantillon :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les mesures clés de ce projet d'amélioration de la qualité sont (ont été choisi en raison des principales lacunes identifiées):</li> <li>- l'exhaustivité de l'évaluation physique</li> <li>- L'utilisation de l'équipement d'évaluation physique ; en particulier, la lumière du stylo/la pupillomètre et le stéthoscope.</li> <li>- la rapidité de la documentation</li> <li>- L'exactitude de la documentation</li> </ul> <b>Intervention:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Des enquêtes (qualitatifs) et des données (quantitatifs) d'évaluation des</li> </ul>	Tout au long de l'initiative de la MPAC, 1839 infirmières (99,7 % de l'ensemble du personnel infirmier) ont suivi le cours avec succès. - 1ere tentative d'évaluation physique d'un patient standardisé = 88% de réussite (12% n'ont pas réussi = 220 inf) - 2e tentative (pour les 220 inf) après avoir été encadrée par un formateur = 87% ont réussi (13% pas réussi = 28 inf) - 3e tentative (pour les 28 inf) après répétition du cours = 80% réussit (20% pas réussi = 5 inf n'ont pas été en mesure de démontrer avec succès l'évaluation physique standardisée).  Les audits pré- et post-MPAC ont montré des améliorations significatives dans les évaluations physiques complètes (78% vs. 94% ; $p < .001$ ), la rapidité (dans les 4	La mise en place de la MPAC a considérablement amélioré les pratiques d'évaluation physique des infirmières. Grâce à une formation standardisée, les infirmières ont effectué des évaluations plus complètes et précises, documentées en temps voulu, renforçant ainsi la culture de l'évaluation physique. Cette initiative a également permis une meilleure reconnaissance précoce des signes de détérioration chez les patients, conduisant à des interventions plus rapides et à une réduction de la mortalité.  Bien que les infirmières reçoivent une formation initiale complète en évaluation physique lors de leur formation en soins infirmiers, l'importance de cette compétence a diminué en raison de leurs responsabilités croissantes. Si les leaders infirmiers et les précepteurs infirmiers n'insistent pas sur l'importance de l'évaluation physique, les infirmières peuvent être susceptible à prioriser d'autres tâches. Toutefois, grâce à l'initiative MPAC, les leaders infirmiers ont amélioré leur conscience des	Comme les infirmières enseignantes étaient physiquement présentes aux côtés des infirmières pendant qu'elles effectuaient les évaluations, il se peut que les infirmières aient modifié leur routine d'évaluation habituelle parce qu'elles savaient qu'elles étaient observées. Les infirmières évaluatrices se trouvaient dans la chambre du



<p>une évaluation physique standardisée et complète incorporant tous les systèmes corporels, fournir une formation à toutes les infirmières hospitalisées et effectuer des audits de suivi pour déterminer si la pratique infirmière a non seulement changé immédiatement après la formation, mais si elle a été maintenue.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avant la mise en place de l'initiative MPAC, les infirmières n'avaient pas reçu de formation formelle sur l'évaluation physique. Pendant l'orientation, aucune norme claire n'existait pour évaluer une évaluation physique complète, mais il était attendu que les infirmières</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parmi les 1839 infirmières, qui ont suivi le cours, <b>1570</b> ont été audités (interrogé ou évalué). (tout au long de l'initiative MPAC)</li> <li>• Pré-MPAC audits = <b>179</b> (dans 34 unités de soins hospitalier sur une période de 3 mois)</li> <li>• Post-MPAC audits = <b>1391</b> (commencer 4 semaines après la formation MPAC, les audits collectés sur une période de 10 mois).</li> </ul>	<p>patients observés directement ont été utilisées pour évaluer les attitudes des infirmières et les chefs infirmiers (l'état actuel de la pratique en matière d'évaluation physique) et les pratiques de l'évaluation physique (déterminer si les infirmières procédaient actuellement à des évaluations physiques complètes) (pour évaluer les changements dans les pratiques avant et après la mise en œuvre de l'initiative)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les évaluateurs ont recueilli des données à l'aide d'un outil normalisé qui reflétait l'évaluation physique complète normalisée et fondée sur des données probantes. (<b>2<sup>e</sup> enquêtes</b>)</li> <li>• Avec un taux de réponse de 32 %, 25 % des responsables infirmiers ont déclaré qu'il était "extrêmement peu</li> </ul>	<p>heures ; 64% vs. 91% ; <math>p &lt; .001</math>) et la précision (67% vs. 95% ; <math>p &lt; .001</math>) de la documentation et l'utilisation de l'équipement (stylo-lumineux ou pupilmètre : 48% vs 86% ; <math>p &lt; .001</math> / stéthoscope : 92%vs 99% <math>p &lt; .001</math>) et la durée moyenne de l'évaluation physique est passée de 10,7 minutes à 9,84 minutes (<math>p = 0,044</math>) -&gt; pas significatif mais de toute façon il disait que ce n'était pas leur but d'évaluer la durée.</p> <p>Phase de surveillance : (s'assurer que le changement de pratique était durable.) l'exhaustivité moyenne des évaluations physiques au cours de la période initiale post-MPAC est restée supérieure (95%) à celle des audits effectués avant la formation de la MPAC (vers 80%). Elle s'est maintenue après la fin de la formation MPAC (vers 90%).</p> <p>Les appels des équipes d'intervention ont été analysés plus en détail après la formation de la MPAC dans le cadre d'une étude de recherche sur la reconnaissance de la détérioration clinique. Avant la MPAC, le nombre croissant d'appels à l'équipe d'intervention rapide (RRT) avec des délais dans l'appel a entraîné une détérioration et des résultats plus graves pour les patients.</p>	<p>évaluations physiques et renforcé l'application des normes d'évaluation standardisées, ainsi que l'accès à l'équipement requis. Cette initiative a aussi favorisé une meilleure compréhension des pratiques d'évaluation physique, de l'équipement nécessaire et de la documentation chez ces leaders. Concernant les infirmières, Le MPAC les a formés à réaliser des évaluations physiques complètes et standardisées, en soulignant leur pertinence dans la pratique infirmière et la surveillance des changements dans l'état des patients. La détection précoce de ces changements aide à une intervention rapide de l'équipe médicale d'urgence, ce qui diminue la mortalité. Pour cela, la standardisation des évaluations physiques a été assurée par une formation approfondie des éducateurs, garantissant ainsi la cohérence des pratiques. (Les (20) éducateurs infirmiers du projet MPAC ont suivi une formation et des évaluations pour assurer la cohérence des audits d'évaluation physique standardisé, avec un suivi du responsable du programme pour garantir des résultats fiables.)</p> <p>Dans les données recueillies à partir d'un mois après la formation MPAC et pendant les mois suivants, l'exhaustivité des évaluations est restée significativement plus élevée que lors des audits pré-MPAC et est restée à ce niveau élevé au fil du temps. Cela indique que le MPAC a été un changement culturel durable et il est probable que l'engagement des leaders infirmiers dans les évaluations physiques ait été un élément important.</p>	<p>patient avec l'infirmière pendant qu'elle procédait à l'évaluation physique □ La présence physique des infirmières évaluatrices lors des audits peut avoir modifié le comportement des infirmières auditées, potentiellement altérant la fidélité des évaluations. -&gt;Attention Le comité d'examen institutionnel de l'hôpital a estimé qu'aucune approbation ou supervision n'était nécessaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Difficile d'interpréter les résultats comparables. bien que le nombre total d'audits réalisés après l'intervention ait</li> </ul>
---	---	---	--	--	--

<p>maîtrisent cette compétence, même si l'orientation portait sur d'autres aspects.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cette étude vise à décrire et à mesurer l'initiative MPAC, ses résultats et son impact sur la pratique infirmière.</li> <li>• MPAC a été lancée en 2017, visant à standardiser les évaluations physiques, fournir une formation et évaluer son impact sur la pratique infirmière.</li> </ul>		<p>important" que les infirmières procèdent à une évaluation physique complète et/ou reconnaissent un changement dans l'état d'un patient, certains responsables ayant indiqué que cette responsabilité incombait principalement au médecin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation de la pratique de l'examen physique des participants préMPAC (179) ayant reçu avant un livret évaluation physique comme pour aide à l'apprentissage et une vidéo de 10 min pour présenter la nouvelle évaluation physique standardisé.</li> </ul>	<p>Pendant une période 6 mois avant la formation MPAC, seulement 23 % des appels ont été effectués dans les 60 minutes suivant le premier signe de détérioration clinique. Après la formation MPAC, ce chiffre est passé à 31 %.</p> <p>--&gt; Cela indique que les infirmières reconnaissent plus rapidement les signes cliniques de détérioration.</p>	<p>Une autre mesure cruciale pour ce projet était la rapidité et l'exactitude de la documentation des évaluations.</p> <p>De plus, la formation sur la documentation précise et rapide des évaluations a contribué à une meilleure exactitude des données enregistrées sur les patients dans les dossiers médicaux électroniques. Une documentation efficace était essentielle pour permettre au système d'avertissement électronique (EWS) de détecter rapidement les changements, de surveiller avec précision l'état du patient, et de garantir des soins appropriés, assurant ainsi leur sécurité. En outre, si une infirmière observe de nouveaux signes subtils de détérioration clinique chez un patient mais ne documente pas cette évaluation dans les huit heures suivantes, le système d'EWS ne signalera pas ces changements avant ce laps de temps.</p> <p>Le temps nécessaire pour effectuer une évaluation physique a diminué de manière inattendue et non-intentionnelle après la mise en œuvre du programme MPAC, passant de plus de 10 minutes à environ 9,84 minutes en moyenne, malgré l'accent mis sur la minutie plutôt que sur la rapidité.</p>	<p>augmenté par rapport à avant, il reste des différences entre les deux groupes.</p> <p>→ échantillon</p> <p>Les évaluateurs ont recueilli des données à l'aide d'un outil normalisé qui reflétait l'évaluation physique complète normalisée et fondée sur des données probantes</p>
---	--	--	--	--	---

### 9.3.2. Article 2

<b>Auteur :</b> Douglas et al. <b>Année:</b> 2014 <b>Pays:</b> Australie <b>Revue :</b> Journal of Advanced Nursing (JAN)		<b>Titre:</b> What factors influence nurses' assessment practices? Development of the Barriers to Nurses' use of Physical Assessment Scale <b>Devis:</b> Quantitatif, (Étude de développement d'instrument) de type : Observationnel – Sous/type : Descriptif <b>Niveau de preuve selon la pyramide des preuves (Polit &amp; Beck, 2020, p.29):</b> 5			
Thèmes Objectifs	Population Échantillon	Mesure	Résultats	Discussion	Limites/Apports
<b>Thèmes :</b> Comprendre comment soutenir les pratiques d'évaluation physique par les infirmières dans le contexte des soins aigus.  <b>Objectif :</b> Développer et tester psychométriquement une nouvelle échelle des Barrières à l'utilisation de l'évaluation physique par les infirmières (qui soit valide et fiable), ainsi permettant la reconnaissance de la détérioration clinique du patient.  Entre autres il fait partie des études qui	<b>Échantillon :</b> 434 infirmières réparti dans 40 services de soins aigus sur 106 unités dans l'hôpital.  <b>Population :</b> infirmières-ers diplômé(e)s travaillant aux soins aigus dans un centre hospitalier et universitaire australien (dans le Queensland du Sud-Est), entre juin et juillet 2013.  <b>Critères d'exclusions :</b> Infirmières des soins intensifs car le soutien et	Le développement de l'échelle est basé sur : revue exhaustive de la littérature, groupes de discussion, un examen par des experts, une évaluation psychométrique.  <u>Analyse psychométrique comprenait l'analyse factorielle, les statistiques d'ajustement du modèle et les tests de fiabilité.</u>  Pour toutes les analyses, le seuil de signification statistique était $P < 0,05$ .	<b><u>L'échelle final a été réduite à 38 items (questions) représentant 7 facteurs :</u></b> 1.Recours aux pairs et à la technologie 2.Manque de temps et interruptions 3.Culture de service 4.Manque de confiance en soi 5.Manque de modèle de soins infirmiers 6.Manque d'influence sur les soins aux patients 7.Domaine de spécialité.  <b>▪ Caractéristiques de l'échantillon</b> Âge moyen et écart type (SD): 38,9 ans ( $\pm 11,5$ ) Genre : majoritairement femmes : 90,6% Langue maternelle anglaise : 85,7% Niveau d'éducation : ▪ Diplômes baccalauréat : 62,4% ▪ Certificat Hospitalier : 13,6% ▪ Études supérieures (postgrade) : 22,8% Statut d'emploi : ▪ Temps plein : 44% ▪ Temps partiel : 53,7% Postgrade: ▪ Infirmières autorisées (Grade 5, 65,2 %) ▪ Infirmières cliniciennes (Grade 6, 22,1 %)	<b><u>Fiabilité de l'échelle de mesure :</u></b> Les résultats montrent que l'échelle développée est valide et fiable. Ces résultats suggèrent que l'échelle peut être utile dans la pratique clinique et la recherche pour comprendre les facteurs qui influencent l'évaluation infirmière et comment soutenir l'utilisation des compétences d'évaluation dans les contextes de soins aigus.  <b>▪ <u>La pertinence de l'enseignement des compétences d'évaluation physique rarement utilisées au quotidien par les infirmières :</u></b>  Les résultats de l'étude remettent en question l'idée de limiter l'enseignement des compétences d'évaluation physique aux infirmières aux seules compétences les plus fréquemment utilisées. Ils soulignent l'importance de comprendre ces obstacles qui influent sur la pratique de l'évaluation physique, plutôt que de se concentrer uniquement sur ce	<b>Limites :</b> Les infirmières travaillant dans les services de soins intensifs ont été exclues, car l'étude se concentrait sur les environnements de services aigus où le soutien et l'expertise peuvent différer. L'incitation à la participation sous forme d'un tirage au sort pour augmenter le taux de réponse des participants. (est-ce qu'on peut considérer comme une limite ?)  Dans la discussion, il est

examine ... Cette étude faisait partie d'une étude plus large examinant les pratiques d'évaluation des infirmières et la gestion des patients à risque de détérioration clinique.	l'expertise peuvent différer. L'étude porte l'attention sur les environnements de soins aigus.	<p><u>Phase 1 : développement des items</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nous avons suivi les directives de DeVellis (2012) pour le développement d'échelles afin de générer un ensemble d'items, de mener une revue par des experts de cet ensemble d'items et une évaluation psychométrique de l'échelle</li> </ul>	<p><u>Expériences professionnelles en tant qu'infirmière diplômée:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Moyenne d'emploi à l'hôpital : 8,5 années (<math>\pm 6,8</math>)</li> <li>Moyenne d'expérience clinique : 13,7 années (<math>\pm 10,8</math>)</li> <li><math>\geq 10</math> ans : <b>53,5%</b></li> <li><math>\leq 5</math> ans : <b>27,4 %</b></li> </ul> <p>▪ <b>Analyse factorielle</b></p> <p><i>Ces analyses ont permis de comprendre la structure sous-jacente des données recueillies et de confirmer la validité de la solution de facteurs identifiée, ce qui est crucial pour interpréter les résultats de l'étude de recherche.</i></p> <p>Le coefficient de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) et le test de sphéricité de Bartlett ont confirmé que les données étaient appropriées pour une analyse factorielle.</p> <p>L'AFE a révélé une solution à 7 facteurs, représentant 57,7 % de la variance des données. Ces facteurs ont été interprétés et nommés en fonction des caractéristiques des variables associées.</p> <p>Une analyse factorielle confirmatoire (AFC) a été menée pour valider la structure de facteurs identifiée lors de l'AFE.</p> <p>Les indices d'ajustement de l'AFC ont confirmé que le modèle convenait bien aux données, ce qui renforce la validité des résultats obtenus lors de l'AFE</p> <p>▪ <b>Statistiques descriptives et fiabilité</b></p>	<p>qui est enseigné ou pratiqué de manière habituelle.</p> <p>Mieux comprendre les obstacles auxquels les infirmières sont confrontées lorsqu'elles effectuent des évaluations physiques est nécessaire pour comprendre leurs pratiques de travail et à améliorer la reconnaissance des patients à risque de détérioration clinique.</p> <p><i>L'hypothèse selon laquelle les compétences d'évaluation physique utilisées par les infirmières dans la pratique reflètent celles qu'elles estiment les plus pertinentes au quotidien, est suggéré trop simpliste. Ils remettent en question cette hypothèse (montrant) qu'il y a d'autres facteurs influençant leurs pratiques.</i></p> <p>▪ <b><u>Analyse du « recours aux autres et à la technologie » :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Représente <math>\frac{1}{4}</math> de la variance (27,5%).</li> </ul> <p><b>2 facteurs influençant la perception du rôle infirmier dans l'évaluation physique par les infirmières :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Les limites professionnelles ;</li> <li>La dépendance à la technologie.</li> </ol>	<p>dommage qu'ils n'ont pas exposé ou émis la distinction entre le but de l'évaluation infirmière et médicale. Ils ont seulement mis un</p> <p><b>Apports :</b></p> <p>Cette étude est la première à développer une mesure des obstacles à l'utilisation des compétences d'évaluation physique par les infirmières dans le contexte des soins aigus.</p> <p>Il n'existe aucune échelle pour les mesurer. Sans une telle mesure, il sera impossible d'adapter ou d'évaluer les effets des interventions ciblant les obstacles aux pratiques</p>
---	--	---	--	---	--

Statistiques récapitulatives de chaque sous-échelle avec des scores moyens (Tableau 3) dépassant le point médian (plage = 1-5):

- le domaine de spécialité (3,48)
- le manque de temps et les interruptions (2,69)
- le manque de modèles infirmiers (2,63)
- Le manque perçu d'influence sur les soins aux patients (2,06)

#### Analyse de fiabilité

A montré que l'échelle était cohérente interne avec un coefficient alpha de Cronbach :

- variant de 0,70 à 0,86 pour chaque sous-échelle.
- de 0,80 pour l'ensemble de l'échelle de 38 éléments.

Corrélations entre les sous-échelles variaient de **0,03** (domaine de spécialité et manque d'influence sur les soins aux patients) à **0,61** (manque de modèles infirmiers et culture du service).

Corrélations corrigées des items-totaux des 38 éléments de l'échelle variaient de 0,34 à 0,79.

#### Inspection des moyennes et des variances des items (performances des items) :

- performance adéquate sans preuve d'effets de plancher ou de plafond.

#### ▪ **Associations entre les caractéristiques de l'échantillon et les obstacles à l'évaluation physique**

L'étude souligne qu'avoir recours aux autres et à la technologie éloigne les infirmières de leurs patients et entraîne la perte de compétences dans des tâches infirmières essentielles telles que l'observation et l'évaluation directe du patient par les sens. (*explication qu'on peut émettre dans la Discussion*).

#### **La place de l'évaluation physique dans le rôle des infirmières : débats et défis.**

- La légitimité de l'évaluation physique en tant que responsabilité des infirmières reste un **sujet de débat en cours** dans la littérature. Cela pose un problème pour les infirmières en raison de l'estompage des frontières professionnelles autour du diagnostic physique.
- Cette sous-échelle semble illustrer que les infirmières sont **réticentes** à incorporer l'évaluation physique au-delà des compétences culturellement traditionnelles, comme la prise des signes vitaux à l'aide de la surveillance électronique, en raison des tensions professionnelles, de la perception des limites de leur rôle et ainsi le confort avec les pratiques établies (en lien avec la technologie).

d'évaluation infirmière dans l'environnement clinique (**contexte**). *Sans on n'arriverait à identifier ces obstacles pour justement y agir pour lever ces obstacles.*

**Méthode :** lors de la révision des items relatifs au manque de confiance, l'équipe de recherche a pris soin de s'assurer qu'ils étaient clairement distincts des items portant sur le manque de connaissance ou de compétence. Ils ont ajusté la formulation des items pour éviter toute confusion ou superposition entre ces concepts dans l'échelle évaluant les barrières à l'évaluation

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>L'âge, le sexe et le niveau d'éducation ou le statut d'emploi</u> → aucune association significative n'a été trouvée.</li> <li>- <u>Années d'expérience</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <math>\geq 10</math> ans : elles rencontraient moins de difficultés liées au manque de temps et aux interruptions (<math>p= 0,004</math>), et au manque de confiance (<math>p= 0,01</math>).</li> <li>▪ <math>\leq 5</math> ans : associé à une plus grande adhésion à un manque de modèles infirmiers. (<math>p= 0,04</math>).</li> </ul> </li> <li>- <u>Langue maternelle anglophones</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infirmières autorisées d'origine non anglophone sont plus dépendantes envers les autres et de la technologie dans leur travail.</li> </ul> </li> <li>- <u>Postgrade (niveau de grade dans la hiérarchie professionnelle)</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Par rapport aux grade 5 et 6 (infirmières autorisées et infirmières cliniciennes), l'infirmier en position de direction (Grade 7) était moins susceptible de percevoir une dépendance envers les autres et la technologie, (<math>p= 0,01</math>), ou un manque d'influence sur les soins aux patients, (<math>p= 0,04</math>).</li> </ul> </li> <li>- <u>Domaine de spécialité</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ services de gynécologie-obstétrique et néonatalogie ou de santé mentale → leur spécialité avait une influence plus importante sur leur utilisation de leurs compétences (<math>p&lt;0,001</math>).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b><u>Analyse « manque de temps et interruptions »</u></b></li> </ul> <p>Les infirmières en soins aigus sont souvent pressées par le temps, chargé et interrompues dans leur travail, ce qui limite le temps consacré aux évaluations physiques approfondies de leur patient. Contrairement aux médecins, elles effectuent ces évaluations de manière clandestin (discrète) et opportuniste (spontanée -&gt; non planifié).</p> <p>Ces <b>obstacles structurels (et culturelle non ?)</b> ont pour conséquence un manque de temps dédié à l'évaluation et une reconnaissance insuffisante du rôle des infirmières dans l'évaluation physique du patient. (pour la discussion)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La culture du service, le manque de confiance, le manque de modèles de rôle infirmier, le manque d'influence sur les soins aux patients et le domaine de spécialité</li> <li>- Spécialisation et le manque de temps</li> <li>- Le manque d'associations entre les obstacles perçus à utilisation de l'évaluation physique et bon nombre des caractéristiques de l'échantillon examinées.</li> </ul>	physique par les infirmières.
--	--	--	--	---	-------------------------------



### 9.3.3. Article 3

<b>Auteur :</b> Da Veiga Gonçalves et al. <b>Année :</b> 2023 <b>Pays :</b> Suisse <b>Revue :</b> John Wiley & Sons LTD		<b>Titre :</b> Barriers to nurses performing physical assessments in rehabilitation care units: an observational study <b>Devis :</b> Étude multicentrique, transversale et observationnelle → Devis quantitatif <b>Niveau de preuve selon la pyramide des preuves (Polit &amp; Beck, 2020, p.29):</b> 5			
Thèmes Objectifs	Population Échantillon	Mesure	Résultats	Discussion	Limites/Apports
<b>Objectifs :</b> - Décrire les obstacles perçus par les infirmières pour effectuer des évaluations physiques (EP) dans les services de réadaptation - Déterminer si leurs caractéristiques socio-démographiques et professionnelles influencent leur perception et la fréquence de pratique des EP  <b>Thèmes :</b> - Fréquence d'utilisation des	<b>Population :</b> Infirmière diplômées éligible travaillant ds unité de soins de réadaptation  <b>Critère inclusion :</b> Infirmière qualifiée lisant et écrivant couramment le français.  <b>Critère d'exclusion :</b> Étudiant, infirmier temporaire ou travaille ds une unité de soins de	<b>Questionnaires auto administrés :</b>  Pr collecte des données sur obstacles → échelle « barriers to nurses' use of physical assessment scale » développée par Douglas et al. (2014)  Réponse à chaque question sur échelle de Likert en 5 points ( <i>1 = pas du tout d'accord et 5 = tout à fait d'accord</i> )	<b>Caractéristique socio-démographique et professionnelles :</b> - Taux de participation 47,71 % (n=112) - 81,2% ♀ (n= 91) & 18,8% ♂ (n = 21) - 61,6% (n=69) : études en Suisse - 83% occupe poste d'infirmière diplômée ds unité de soins de réadaptation → le reste = cadre, nurse éducateur, manager, clinical nurse... - 66,1% ø formation post graduée <ul style="list-style-type: none"> <li>1 MAS &amp; 0 doctorat.</li> <li>2,75 % CAS en clinical assessment</li> <li>7,34 % DAS</li> </ul> - Années d'expérience de 0,5 à 42 ans avec médiane à 7,75 - Taux d'activité moyen = 85%  <b>Estimation de la fréquence d'utilisation :</b> - 45,95% (n=51) quotidiennement ; - 24,32% (n=27) + 1x/sem mais ø quotidiennement ; - 21,61 % (n=33) moins 1x/sem ; - 13,51 % (n=15) plus 1x/mois mais moins 1x/semaine ;	<b>Discussion sur la fréquence :</b> - Montrent que EP est hétérogène et non systématiquement intégrée dans les pratiques de soins infirmiers.  <b>Comparaison des résultats avec d'autre études :</b> - Technique d'EP pas systématiquement intégré ; - Principaux obstacles liés à l'environnement de travail (domaine de spécialité, ø modèle de rôle infirmiers, manque de temps et interruption) ; - Peu importe la spécialité clinique des inf, leur environnement de travail exerce une influence notable sur l'utilisation de l'EP ;  <b>Analyse du « domaine de spécialité » :</b> - Le principal obstacle ; - Hypothèse : présence d'autre professionnel qui effectueront l'EP complète dissuade inf. de le faire → Atrophie des compétences inf.  <b>Analyse du « manque de temps » :</b>	<b>Apport :</b> - 1 <sup>ère</sup> étude à explorer les obstacles à l'EP dans unités de soins de réadaptions = apporte de nouvelles connaissances.  <b>Points forts :</b> - Étude multicentrique = augmente représentativité de l'échantillon. - Taux de réponse = 45,7% malgré la pandémie de COVID-19  <b>Limites :</b> - Concentrée uniquement sur

<p>évaluations physique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obstacles à l'utilisation de l'évaluation physique selon l'échelle de Douglas (2014)</li> <li>- Mise en lien et analyse entre les différentes catégories</li> </ul>	<p>réadaptation depuis moins de 3 mois.</p> <p><b>Échantillon :</b> 112</p>	<p>Pr collecte des données socio-dém et pro → Utilisation d'un questionnaire spécialement fait pour l'étude de 10 items</p> <p>Analyse des données avec différents tests statistiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 8,10 % (n=9) plus 1x/ an mais moins 1x/ mois ;</li> <li>- 8,10 % (n=9) jamais ou moins 1x/an.</li> </ul> <p><b>Obstacles perçus (moyenne avec utilisation de l'algorithme de Douglas) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Domaine de spécialité (3.41)</li> <li>↳ Manque de modèle de rôles infirmier (3.14)</li> <li>↳ Manque de temps et interruption (3.02)</li> <li>↳ Manque de confiance (2.80)</li> <li>↳ Culture du service (2.30)</li> <li>↳ Manque d'influence sur les soins aux patients (2.18)</li> <li>↳ Dépendance à l'égard des autres et de la technologie (2.17)</li> </ul> <p><b>Analyse comparative :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ♀ considèrent manque de temps et interruptions comme obstacle plus important que ♂ → Prudence : plus de ♀ que ♂ = ø significativité.</li> <li>- ♀ moins susceptibles de percevoir la culture du service comme un obstacle contrairement ♂ qui occupe autres postes ds les services de réadaptation</li> <li>- Infirmières spécialisé/clinicienne perçoivent plus la culture du service comme obstacle que autres répondants.</li> <li>- Inf titulaire d'un CAS/DAS perçoivent plus la culture du service comme un obstacle.</li> </ul> <p><b>Analyse de corrélation :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renvoie à la charge de travail et l'organisation du travail des inf.</li> <li>- Nbr ↑ tâche administrative + acuité &amp; complexité de l'état de santé des p) + ↑ nbr p) = intensité charge de travail ↑ = manque de tps.</li> </ul> <p><b>Analyse de « manque de modèle infirmier » :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'autre étude indique : manque de mentorat / soutien = faible taux d'utilisation d'EP.</li> <li>- Soutien des pairs = facteur facilitateur important</li> </ul> <p><b>Différence entre ♂ &amp; ♀ pour « manque de temps » :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prudence : plus de ♀ que ♂ = ø significativité.</li> <li>- Aucune autre étude ayant observé cette différence ;</li> <li>- Hypothèse : ♀+ susceptible d'occuper postes à responsabilité = moins au chevet des patients.</li> </ul> <p><b>Différence DAS/CAS et ø formation post grade :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Titulaires DAS voient « manque de modèles inf » comme obstacle plus important que ø formation post grade → Hypothèse : leur position d'expert, de diffuseurs de bonne pratique = plus sensible à ce manque.</li> <li>- Titulaires CAS/ DAS voient « culture du service » comme obstacle plus important que ø formation post grade</li> </ul>	<p>CH Romande = limite sa validité externe ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'instrument de mesure « Barriers to Nurses' use of Physical Assessment Scale » n'a jamais été validé en dehors des spécialités des soins aigus → possible que les obstacles propres à cette spécialité n'aient pas été étudiés.</li> <li>- Biais de mémorisation → étude directe des pratiques aurait été un moyen plus fiable de recueillir ces données.</li> <li>- Biais de désirabilité sociale, car les réponses bien qu'anonyme</li> </ul>
--	---	---	--	---	--



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plus nbr d'année d'expérience ↑ plus nbr d'évaluation physique ↓</li> <li>- Inf clinicienne/spécialisé effectue moins d'évaluation clinique (1x/sem ou moins)</li> </ul> <p><b>Analyse prédictive :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Titulaire DAS : score moyen à l'échelle « culture de service » supérieur de 0,85 pts à celui des répondants ø formation post grad</li> <li>- Titulaire DAS = score moyen à sous-échelle « manque de modèle de rôles infirmière » supérieur de 1,03 pts à celui des répondants ø formation post grade</li> </ul> <p><b>Analyse de la cohérence interne de l'instrument :</b> Score alpha de Cronbach = 0,87 pr l'utilisation de l'échelle = score excellent = indique cohérence interne modérée à forte</p>	<p>→ Hypothèse : leur position/formation postgrade les encourage à promouvoir l'EP et donc ils sont plus confronté à cet obstacle.</p> <p><b>Différence inf clinicienne/spécialisé vs EP :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Effectue EP 1x/sem ou moins ;</li> <li>- Hypothèse : leur poste implique d'autres tâches et responsabilités = moins au chevet des patients.</li> </ul> <p><b>Année d'expérience vs évaluation physique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plus années d'expérience = moins d'évaluation clinique</li> <li>- Hypothèse 1 : position dans l'institutions = moins au chevet du patient</li> <li>- Hypothèse 2 : Formation moins poussée car longtemps considéré comme prérogative des médecins = connaissance moins approfondie si pas de niveau bachelor.</li> <li>- Hypothèse 3 : Oublie de certainement techniques spécifique d'évaluation clinique</li> </ul> <p><b>Résumé :</b> type formation suivie, e nbr années expérience et formation postgrade → influence sur perception des barrières à la réalisation des EP et sur la fréquence d'utilisation.</p>	<p>ont été mise à la disposition du lieu de travail des répondant.</p>
--	--	--	---	--

### 9.3.4. Article 4

<b>Auteur :</b> Birks et al. <b>Année :</b> 2013 <b>Pays :</b> Australie <b>Revue :</b> Collegian (Royal College of Nursing)					
<b>Titre :</b> The use of physical assessment skills by registered nurses in Australia: Issues for nursing education <b>Devis :</b> Devis de type quantitatif <b>Niveau de preuve selon la pyramide des preuves (Polit &amp; Beck, 2020, p.29) :</b> 5					
Thèmes Objectifs	Population Échantillon	Mesure	Résultats	Discussion	Limites/Apports
<b>Thème :</b> L'enseignement des techniques d'évaluation physique  <b>Objectifs :</b> Examiner la pertinence des compétences en matière d'évaluation physique enseignées dans les programmes de formation initiale des infirmières & Identifier l'utilisation des compétences d'évaluation physique par les infirmières diplômées travaillant dans	Enquête quantitative par questionnaire en 1 <sup>ère</sup> partie.  Puis qualitative en prenant en compte les réponses ouvertes faites par les infirmières lors du questionnaire.  1220 infirmières diplômées ont participé à l'étude  Évalués sur 121 compétences	Un échantillon d'infirmières diplômées a été recruté avec l'aide de l'Australian Nursing Federation (ANF).  Les mesures ont été faites à l'aide de l'échelle de Likert en 6 points.  L'enquête a été testé par 6 professeurs de l'université. Les données ont été téléchargées et analysées à l'aide du logiciel	12 Groupes fonctionnels et régions étudiés ; les 121 items ont été considérés par les infirmières comme tous enseignés. • 35.5% taux de réponse médian à 1 (appris mais jamais réalisé). • 31% taux de réponse médian 2 (utilisé rarement). • 23% taux de réponse médian 3&4 (utilisé fréquemment ou occasionnellement) • Et seulement 11% a un taux de réponse médian à 5 (utilisé « à chaque fois que je travaille »).  L'utilisation des compétences est influencée par le rôle infirmier.  Commentaires fait par les participantes démontrent que 43% des compétences enseignées dans la formation de soins infirmiers ne sont pas réellement appliquées sur le terrain. - Pas nécessaire dans ce domaine d'affectation clinique	Les résultats de cette étude démontrent que seul un petit nombre (11%) décrètent pratiquées régulièrement les compétences d'évaluation physique dans l'environnement clinique.  Cette étude est comparée à des recherches faite par Giddens (2007) par des infirmières aux Etats-Unis qui montrent que dans un ensemble de 30 compétences d'évaluation physique la majorité des infirmières font appel à l'inspection. Toutefois, les infirmières énoncent 43 autres compétences d'évaluation physique étudiées par celle-ci. Mais selon Giddens (2007) l'enseignement de ces compétences était redondant et n'étaient pas mise en œuvre.  Les résultats de cette étude remettent en question cette affirmation, car suggère que la valeur ou la nécessité de ces compétences ont peu d'influence sur la fréquence de l'utilisation. Ce qui est décrit comme plus influant sur l'utilisation de la pratique est ;	<b>Limites :</b> • Étant donné que 97% des infirmières viennent du même État de l'Australie, cette étude peut ne pas être représentative de l'ensemble des infirmières australiennes. • Les données autodéclarées peuvent être biaisées, car il se peut que ce soit principalement les infirmières les plus intéressées par le sujet qui aient répondues.  <b>Apports :</b> • La taille importante de l'échantillon qui a permis d'enquêter sur 1220 participantes ayant des rôles différents.

des environnements cliniques.	97% des inf en Nouvelle Galles du Sud, Australie. 3% dans l'Etat de Victoria, Australie Méridionale et en Tazmanie.	statistique SPSS (SPSS Inc., 2007).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque d'opportunité et augmentation des exigences administratives (paperasse)</li> <li>- Horaire de travail qui ne nécessite pas forcément ces compétences.</li> <li>- Le manque de temps.</li> <li>- La présence d'autres professionnels de la santé (médecins et professionnels paramédicaux)</li> </ul> <p>Les commentaires montrent que l'utilisation des compétences dans la pratique dépend fortement du contexte clinique dans lequel l'infirmière se trouve.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le fait d'avoir moins de temps disponible afin d'effectuer les évaluations physiques</li> <li>- Le domaine de pratique clinique ou la spécialité</li> <li>- La présence ou l'absences d'autres professionnels de santé tels que les médecins</li> </ul>	
-------------------------------	---	-------------------------------------	--	--	--

### 9.3.5. Article 5

<b>Auteur :</b> Liyew, B., Tilahun, A. D., & Kasew, T <b>Année :</b> 2021 <b>Pays :</b> Ethiopie <b>Revue :</b> Yeong Shiong Chiew	<b>Titre :</b> Practices and barriers towards physical assessment among nurses working in intensive care units: Multicenter cross sectional study <b>Devis :</b> Devis de type quantitatif <b>Niveau de preuve selon la pyramide des preuves (Polit &amp; Beck, 2020, p.29):</b> 5
---	--

Thèmes Objectifs	Population Échantillon	Mesure	Résultats	Discussion	Limites/Apports
<b>Thèmes :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Données socio-démographiques</li> <li>- La pratique de l'évaluation physique</li> <li>- Les obstacles à la pratique de l'évaluation physique</li> <li>- Les connaissances et les attitudes vis-à-vis de l'évaluation physique</li> </ul> <b>Objectif :</b> Examiner les pratiques d'évaluation physique des infirmières et les obstacles qu'elles	<b>Niveau de preuve :</b> 5 (Étude observationnel / non-expérimentale)  <b>Échantillon :</b> 299 infirmières recrutées & taux de réponse de 95,6 %  <b>Population :</b> Infirmières travaillant en unité de soins intensifs de 5 hôpitaux de la région d'Amhara (Éthiopie).  <b>Critères d'inclusions :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inf travaillant dans unité de soins</li> </ul>	<b>Outils de collectes de données :</b> Questionnaire structuré et auto-administré séparé en 4 sous-sections.  <b>1. Questionnaire sur les données socio-démographique</b>  <b>2. Questionnaire sur la pratique de l'évaluation physique</b> → Outil développé par Gidens (126 Items) puis modifié et validé par Cicolini et al (30items). → Valeur alpha de Cronbach de 0,94 → Réponse sur échelle de Likert en 6 pts <i>0 = ne sais pas comment faire ; 1 = sais comment faire cette technique, mais ne fait pas partie de ma pratique ; 2 = pratique cette technique rarement (quelques fois) ; 3 = pratique cette technique occasionnellement (quelques fois par an) ; 4 = pratique cette</i>	<b>Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants à l'étude</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 299 infirmières ont participé avec taux de réponse de 96,5%</li> <li>- 54,2% des femmes</li> <li>- Age moyen : <math>31,9 \pm 3.81</math> ans</li> <li>- 78,9 % mariées</li> <li>- 88,0 % orthodoxe</li> <li>- 83,3% titulaire d'une licence en sciences</li> <li>- Années d'expérience totale : 5,7 ans</li> <li>- Années d'expérience dans l'unité : 1,83 ans</li> <li>- Revenu mensuel : 1 birr éthiopien</li> </ul> <b>Score moyen des connaissances :</b> $9.93 \pm 2.99$ = bon <b>Score moyen des attitudes des infirmières :</b> $36,85 \pm 6,21$ = bon	La 1 <sup>ère</sup> étude fait en Éthiopie sur les pratiques des infirmières concernant l'évaluation physique.  Des recherches sont nécessaires pour mesurer les pratiques et les obstacles prédisant l'utilisation réelle de l'évaluation physique par les infirmières.  Relève qu'une mauvaise pratique conduit à une incapacité à reconnaître les patients présentant un risque de détérioration clinique.  Relève qu'il est difficile d'extraire des données brutes pour les comparer à l'étude, car peu d'étude similaire.  Ils mettent en avant que les scores concernant la proportion d'infirmières concernant les compétences requises pour la pratique est plus élevée en Éthiopie que dans une étude	<b>Limitation de l'étude : Méthodologie :</b> L'étude utilise une méthode quantitative basée sur des questionnaires auto-administrés, ce qui peut présenter des biais tels que la tendance centrale, l'acquiescement et la désirabilité sociale. Une approche mixte incluant des méthodes qualitatives aurait pu fournir des perspectives plus approfondies. <b>Échantillonnage :</b> L'échantillonnage par convenance peut limiter la généralisation des résultats à d'autres contextes ou populations. Une approche d'échantillonnage plus

rencontrent lorsqu'elles tentent d'exercer ces compétences.	<p>intensif (néonatal, pédiatrique et adulte)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expérience professionnelle de 6 mois ou plus</li> </ul> <p><b>Critères d'exclusion :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inf en congé annuel ou maladie pdt la collecte de données</li> <li>- Personnel infirmiers ne participant pas à la prise en charge directe des patient (ex : responsable des SI et personnel d'encadrement)</li> </ul>	<p><i>technique fréquemment (toutes les 2 à 5 fois qd je travaille) ; 5 = pratique cette technique régulièrement (à chaque fois) → Score tot de 0 à 150</i></p> <p>0 = très mauvaise pratique ; 150 = meilleure pratique possible</p> <p><b>3. Questionnaire sur les obstacles à l'utilisation de l'échelle d'évaluation physique</b></p> <p>→ Outils dev par Douglas</p> <p>→ Utilisé pr évaluer les obstacles à l'utilisation de l'évaluation physique</p> <p>→ Fiabilité interne allant de 0,70 à 0,86</p> <p>S'appuie sur échelle de Likert en 5 pts</p> <p>1 = pas du tout d'accord ; 5 = tout à fait d'accord</p> <p>Questions négative : codées à l'envers</p> <p>→ 36 items évalués, classés en 7 sous-échelles</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Dépendance à l'égard des autres et de la technologie</li> <li>Manque de temps et interruptions</li> <li>Culture du service</li> <li>Manque de confiance</li> <li>; Manque de modèle infirmier</li> <li>Manque d'influence sur les soins aux patients</li> <li>Domaine de spécialisation.</li> </ol>	<p><b>Pratique de l'évaluation physique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Score moyen de pratique de l'évaluation physique : <math>101.26 \pm 24.99</math> = les inf travaillant dans unité de SI ont une bonne pratique de l'évaluation physique.</li> <li>- 153 infirmières ont obtenu un score supérieur à la moyenne</li> <li>- Score minimal de pratique de l'évaluation physique = 25</li> <li>- Score maximale de pratique de l'évaluation physique = 147</li> </ul> <p><b>Obstacles à l'évaluation physique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Moyenne des 7 sous-échelles variant de 12,18 (manque de temps et interruption) à 29,27 (dépendance à l'égard des autres et de la technologie)</li> <li>- L'obstacle le plus important : dépendance aux autres et à la technologie. Suivi de la culture du service et des zones de spécialité.</li> </ul>	<p>similaire menée en Australie. 42% des compétences sont apprises mais pas mise en pratique → s'explique par les différences entre les approches de catégorisation des résultats totaux et les techniques d'analyse. Ils s'attendaient à ce que la proportion soit plus élevée que dans l'étude d'Australie, car ils ont utilisé la moyenne supérieure et inférieure et ont décrit la moyenne et l'écart-type.</p> <p>Ils mettent en avant une corrélation entre le statut marital et l'épuisement au travail et la qualité du travail. Ils disent que l'infirmière célibataire accorde plus d'attention et de temps à leur travail que les femmes mariées, qui est soumis à plus de tension dans les activités quotidiennes supplémentaires liées à la famille et à l'éducation des enfants.</p> <p>Le score de connaissance est mis en lien avec la pratique de l'évaluation physique. En effet, si le 1<sup>er</sup> augmente de 1 le second augmente de 2,81 unité. Ils disent que c'est cohérent avec les études précédentes et décrivent que si les inf manquent de connaissance et de confiance, elles ne mettront pas en œuvre</p>	<p>rigoureuse aurait renforcé la validité externe de l'étude.</p> <p><b>Conception transversale :</b> En raison de la conception transversale de l'étude, il est difficile d'établir des relations de cause à effet entre les variables étudiées. Des études longitudinales pourraient fournir des informations plus précises sur les tendances et les changements au fil du temps.</p> <p><b>Mesure autodéclarées :</b> L'utilisation de questionnaires auto-administrés peut entraîner des biais liés à la subjectivité des réponses. Une évaluation objective de la pratique de l'évaluation physique aurait renforcé la validité des résultats.</p> <p><b>Apport de l'étude :</b></p> <p><b>1<sup>ère</sup> étude de la région :</b> L'étude est la première à examiner la</p>
---	--	--	--	---	--

	<p><b>4. Questionnaire sur les connaissances et les attitudes</b></p> <p>→ Questionnaire sur les connaissances élaboré par pro des soins d'urgence et soins intensif sur la base d'une analyse de la littérature grise antérieure.</p> <p>→ QCM de 15 questions</p> <p>Score totale allant de 0 à 15 ; 0 = mauvaises connaissances ; 15 = meilleures possibles</p> <p>→ Questionnaire sur les attitudes à l'égard de l'évaluation physique : 10 questions avec échelle de Likert de 1 à 5 → Score allant de 10 à 50 (10= mauvaise attitude 50 = meilleure attitude possible).</p> <p><b>Procédure de collecte de données :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionnaires distribués aux personnes interrogé par les inf responsable de l'unité de SI de chaque hôpital (5 inf au total)</li> <li>- Questionnaire remplis dans le service par les inf interrogé en présence des responsables d'unité chargés de la collectes de donnée.</li> </ul> <p><b>Traitement et analyse des données :</b></p>	<p><b>Facteur significativement associé au score de pratique de l'évaluation physique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le recours aux autres et à la technologie</li> <li>- La culture du service</li> <li>- L'absence de modèle de rôle infirmier</li> <li>- La spécialité</li> <li>- La région</li> <li>- Le fait d'être célibataire</li> <li>- Le fait de suivre une formation</li> <li>- Les connaissances des infirmières</li> </ul> <p><b>Facteurs prédictifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lorsque le score total de la dépendance à l'égard des autres et de la technologie augment de 1 unité, la pratique des infirmières en matière d'évaluation physique diminue de 0,78 unité.</li> <li>- S'attendait à ce que la pratique de l'évaluation physique diminue de 0,48 unité lorsque le score total de la culture du service augmente de 1 unité.</li> <li>- L'absence de modèle de rôle infirmiers augmente de 1 unité et la pratique de l'évaluation physique</li> </ul>	<p>leur compétences d'évaluation physique. Ils mettent en avant que la supervision des professionnels infirmiers est utiles pour promouvoir des soins surs et efficaces aux patients et pour permettre le développement des compétences professionnelles. = bonne connaissance, améliore pratique en EP.</p>	<p>pratique de l'évaluation physique par les infirmières dans les hôpitaux de référence de la région d'Amhara en Éthiopie, fournissant ainsi des données précieuses pour la région.</p> <p><b>Identification des barrières :</b></p> <p>L'identification des barrières à la pratique de l'évaluation physique offre des informations importantes pour élaborer des stratégies visant à améliorer la pratique des infirmières en USI.</p> <p><b>Recommandation :</b></p> <p>Les recommandations formulées dans l'article fournissent des pistes d'action concrètes pour améliorer la pratique de l'évaluation physique, telles que la formation spécialisée, le soutien à la pratique et la modification de l'environnement hospitalier.</p> <p><b>Base de données pr la recherche future :</b></p>
--	---	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Logiciel d'analyse de donnée</li> <li>- Procédure statistique descriptive et analytique utilisées pr résumer la distribution des variables.</li> </ul> <p>Valeur de <math>P &lt; 0,05</math> a été considéré comme statistiquement significative pour toute les analyses.</p>	diminue de 0,541 unité (tableau 4)		<p>Les résultats de cette étude peuvent servir de base pour des recherches futures dans le domaine de la pratique des infirmières en USI, contribuant ainsi à l'expansion des connaissances dans ce domaine crucial.</p>
--	--	--	------------------------------------	--	--



### 9.3.6. Article 6

<b>Auteur :</b> Rosli, S. et al. <b>Année:</b> 2023 <b>Pays:</b> Malaisie <b>Revue :</b> Nursing in critical care		<b>Titre:</b> Physical assessment skills practised by critical care nurses: A cross-sectional study <b>Devis:</b> Quantitative - type : Observationnel - sous-type : Transversale <b>Niveau de preuve selon la pyramide des preuves (Polit &amp; Beck, 2020, p.29):</b> 5			
Thèmes Objectifs	Population Échantillon	Mesure	Résultats	Discussion	Limites Apports
<b>Thèmes :</b> ▪ les compétences en évaluation physique en soins intensifs, ▪ la pratique clinique dans ce domaine, ▪ les facteurs qui influent sur l'adoption de ces compétences, ▪ les recommandations pour améliorer la pratique clinique.  <b>Objectif :</b> Déterminer la gamme des	<b>Échantillon :</b> 133  Sur les 140 questionnaires distribués, 135 ont été renvoyés par les infirmières participantes, ce qui représente un taux de réponse de 96,4%. Parmi ces 135 questionnaires, deux présentaient plus de 10% de données manquantes et ont été exclus de l'analyse. Donc 133 infirmières ont répondu.	<b>Questionnaires/Formulaires auto administrés et anonymes suivis de questions ouvertes et fermés</b> évaluant 40 compétences d'évaluation physique (taux de réponse : 96,4%) entre novembre 2019 et janvier 2020.  Participation volontaire.  L'enquête (questionnaire) répartie en <b>3 parties</b> :  <b>1)</b> Informations sur le parcours de l'infirmière participante (variables indépendantes dans l'analyse)	Ces résultats montrent que bien que la majorité des compétences en évaluation physique soient régulièrement utilisées, certaines compétences cruciales sont négligées, soulignant ainsi la nécessité d'améliorer la formation continue et de standardiser les pratiques d'évaluation pour garantir une meilleure prise en charge des patients en soins intensifs <b>Valeur significative <math>p &lt; 0.05</math></b> <b>• Caractéristiques de l'échantillon</b> <u>Âge</u> : 24 et 46 ans (moyenne 31,7) (SD $\pm$ 4,94 ans) <u>Unité de travail</u> : - USICM (70,7%) - USIC (10,5%) - UHNC (18,8%) <u>Genre</u> : majoritairement Femmes (89,5%) <u>Niveau d'éducation</u> : - Diplôme (98,5%) - Certification post-basique : (33,8%) <u>Années d'expériences de service en soins infirmiers</u> : 1 à 23 ans (moyenne 7,78 et SD $\pm$ 4,58 ans)	<b>Cette étude examine les pratiques d'évaluation physique des infirmières dans différents types d'unités de soins intensifs en Malaisie et comment ces pratiques varient en fonction de l'expérience professionnelle et du type d'unité.</b>  <u>40 compétences correspondant à un tiers des 120 compétences sont pratiquées.</u>  <b>Fréquence de la pratique EP</b> Les infirmières en soins intensifs médicaux (MSICU) pratiquent plus fréquemment les compétences d'évaluation physique que celles en CICU (soins intensifs coronariens) et Neuro HDU (neurologiques haute dépendance), probablement en raison de la diversité des cas multidisciplinaires en MSICU. Ainsi, les procédures cliniques appliquées étaient influencées par le domaine de la pratique clinique.  <b>Impact des années d'expériences sur la pratique des compétences EP</b> <i>Ces résultats étaient en accord avec une étude précédente, qui suggérait que les</i>	<b>Limites :</b> Les données de l'étude, basées sur les perceptions des participants, peuvent contenir des biais personnels dans l'auto-déclaration. Cependant, évaluer leur niveau de connaissance, de confiance et de compétence peut offrir de meilleures informations sur l'application des compétences d'évaluation physique.... L'échantillon de l'étude, composé d'adultes d'un seul hôpital, était trop petit pour représenter toutes les infirmières en soins critiques en



compétences d'évaluation physique pratiquées par les infirmières en soins intensifs et les facteurs influençant leur adoption.	<p><b>Population :</b> Infirmières, certifiées par le Conseil Malaisien des Soins Infirmiers, travaillant dans trois unités de <b>soins intensifs</b> d'un hôpital gouvernemental malaisien :</p> <p>USI= Unité de Soins Intensif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. USI Médico-chirurgicale (MSICU avec 25 lits de niveau 3. Spécialisée dans les admissions multidisciplinaires</li> <li>2. USI Cardiothoracique (CICU) avec 6 lits. Dédié aux cas de chirurgie cardiaque</li> <li>3. Unité de Soins Haute Dépendance</li> </ol>	(âge, unité de travail, genre, niveau d'éducation, certification post-basique, années de service en soins infirmiers et en soins intensifs).	<p><u>Années d'expériences de service en soins intensifs</u> : 1 à 21 ans (moyenne 6,47 et SD <math>\pm</math> 3,78 ans).</p> <p>• <b>Fréquence des compétences d'évaluation physique</b></p> <p><u>Distribution des 40 compétences d'EP appliquées</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 32 compétences (80%) réalisés à chaque quart de travail incluant l'inspection, l'observation générale, certaines techniques de palpation et multi-méthodes.</li> <li>- Cinq compétences (12,5%) utilisées une fois tous les deux à cinq quarts de travail, y compris des techniques d'inspection et de palpation.</li> <li>- Trois compétences (7,5%) rarement réalisées ou ne fait pas partie de la pratique clinique de la plupart des participants, y compris toutes les techniques d'auscultation.</li> </ul> <p><u>Les systèmes corporels (Compétences) fréquemment pratiquées (à chaque quart de travail) – la détection :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Signes vitaux,</li> <li>- Système neurologique,</li> <li>- Système tégumentaire,</li> <li>- Système nutritionnel,</li> <li>- Système musculo-squelettique,</li> <li>- Système urinaire,</li> </ul>	<p><i>infirmières plus expérimentées effectuaient des évaluations physiques plus fréquentes.</i> Les infirmières ayant plus de 10 ans d'expérience réalisent davantage d'évaluations physiques, ce qui pourrait être lié à une formation continue. Cependant, les infirmières ayant une expérience en soins intensifs ou celle avec une certification post-universitaire (formation continue...) n'ont pas montrés de différence significative dans l'application des compétences d'évaluation physique avec les infirmières de bases sans certifications (tout court). Une possible explication pourrait être que les compétences d'évaluation physique enseignées dans les études de soins infirmiers n'auraient pas été suffisamment mises en avant ou approfondies au niveau avancé.</p> <p><b>Les systèmes corporels évalués</b>  <u>Comparaison des compétences d'EP en soins intensifs en malaisie avec celles observées dans 2 études d'Australie et Etats-Unis, offrant un aperçu des pratiques cliniques en Malaisie.</u>          Cette comparaison met en lumière 16 compétences communes entre les infirmières malaisiennes, les infirmières australiennes en soins généraux et les infirmières américaines en soins intensifs. Ces compétences sont considérées comme essentielles et de base dans les soins généraux et intensifs par les deux derniers groupes. Parmi les systèmes corporels évalués, les mouvements intestinaux, faisant</p>	<p>Malaisie. Les résultats ne peuvent pas être généralisés.</p> <p>Néanmoins, aucune infirmière ayant une expérience en soins critiques ne semblait avoir élargi sa gamme de compétences d'évaluation physique. Ce résultat pourrait être dû au nombre inégal d'infirmières expérimentées dans chaque unité, ce qui a biaisé l'analyse.</p> <p><b>Apports :</b>          Les résultats indiquent que les compétences en évaluation physique en soins intensif doivent être améliorées. L'éducation et la formation devraient mettre l'accent sur ces compétences.</p>
--	---	--	---	---	---

<p><u>l'application</u> des compétences en évaluation physique ?</p>	<p>Neurologique (Neuro HDU), avec 10 lits pour patients neurochirurgicaux.</p> <p><b>Critère inclusion :</b> ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation d'un formulaire d'évaluation infirmière générale lors de l'admission des patients</li> </ul> <p><b>Critère d'exclusion :</b> <b>Le système gastro-intestinal car les dossiers de contrôle gastro-intestinal ne seraient généralement pas disponibles dans ces unités de soins intensifs.</b></p>	<p><i>cette technique dans ma pratique clinique (quelques fois par an) ;</i> 4 = Je réalise fréquemment cette technique dans ma pratique clinique (une fois tous les 2-5 quarts de travail) ; 5 = Je réalise régulièrement cette technique dans ma pratique clinique (à chaque quart de travail).</p> <p><b>3) Les problèmes affectant leurs compétences en évaluation physique et leurs demandant des suggestions sur des méthodes efficaces pour améliorer la performance des infirmières.</b></p> <p><b>Analyse des données :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Test de Mann-Whitney U a été</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Certaines compétences du système cardiovasculaire et respiratoire.</li> </ul> <p><u>Celles non pratiquées systématiquement à chaque quart de travail :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Système gastro-intestinal</li> </ul> <p><b>• Relation entre les caractéristiques des infirmières et l'utilisation des compétences d'évaluation physique</b></p> <p>→ caractéristiques des infirmières influencent leur utilisation des compétences en évaluation physique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Répartition inégale en termes de Sexe et de niveau d'éducation fait que l'analyse de la relation soit impossible car différences significatives et peut être faussé par d'autres caractéristiques. <i>Le sexe et le niveau d'éducation sont exclus dans l'analyse car répartition inégale d'échantillon (différences significatives)</i></li> <li>- Unité de travail: Infirmières de l'USICM (score médian = 183) les appliquent davantage que celles des autres unités de soins critiques (USIC et UHNC, score médian = 171).</li> <li>- Expérience professionnelle : Infirmières ayant plus de 10 ans d'expérience (score médian = 186) les appliquent davantage que</li> </ul>	<p>partie de l'évaluation physique du système gastro-intestinal, sont occasionnellement évalués par les infirmières malaisiennes, ce qui entraîne une documentation incomplète ou manquante.</p> <p>L'étude ajoute également des compétences spécifiques comme les procédures des signes vitaux et l'évaluation du système urinaire.</p> <p><b>Paramètres vitaux évalués</b></p> <p>Les 6 signes vitaux sont quotidiennement évalués par la majorité des infirmières. Cependant, environ 20 % des infirmières de l'étude ne mesuraient pas systématiquement la fréquence respiratoire, probablement en raison de l'utilisation de machines automatisées, de la méconnaissance de l'importance du paramètre, d'interruptions ou d'un emploi du temps chargé. Certaines infirmières se fiaient plutôt à la saturation en oxygène comme indicateur de détérioration. La même tendance était observée pour l'évaluation de la fréquence cardiaque et la régularité du rythme cardiaque via la palpation du pouls.</p> <p><b>Pratique de l'auscultation</b></p> <p>En Malaisie, elles utilisent rarement les techniques d'auscultation, un résultat similaire aux études en Italie et en Corée, où ces techniques sont considérées comme des compétences avancées habituellement réalisées par les médecins. La rareté de l'utilisation des stéthoscopes par les</p>	<p><b>En résumé, cet article souligne l'importance de renforcer les compétences en évaluation physique des infirmières de soins intensifs à travers des initiatives éducatives et la standardisation des pratiques pour améliorer la qualité des soins aux patients.</b></p> <p>La normalisation de l'évaluation physique pourrait améliorer la pratique clinique</p> <p>La formation continue, la fourniture de cours pertinents et la mise en place d'un protocole pour les compétences d'évaluation physique amélioreraient la</p>
--	--	---	---	---	---

	<p>appliqué aux variables d'âge, d'unité de travail et de certification post-basique pour éviter une analyse inappropriée.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Test de Kruskal-Wallis a été utilisé pour les variables d'expérience de travail en tant qu'infirmière et en tant qu'infirmière en soins critiques.</li> <li>- Tests non paramétriques ont été choisis car les données n'étaient pas distribuées normalement.</li> <li>- L'association entre les caractéristiques des infirmières et les compétences en évaluation physique a été étudiée en totalisant les scores des compétences en évaluation physique et en comparant la somme aux caractéristiques. Le score total possible pour toutes les compétences était de</li> </ul>	<p>celles avec moins de 10 ans d'expérience (score médian = 173).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Certification post-basique : Pas de différence significative entre les infirmières certifiées post-basiques et les autres groupes.</li> </ul> <p>• <b>Facteurs influençant les compétences d'évaluation physique</b></p> <p><u>Facteurs internes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 14 réponses sur les connaissances et la sensibilisation des infirmières aux compétences d'évaluation physique et leurs attitudes affectant les pratiques d'évaluation physique.</li> <li>- Sept réponses indiquaient que les infirmières ayant de l'expérience et exposées aux compétences d'évaluation physique pratiquaient ces compétences plus que celles qui n'avaient pas une telle expérience.</li> </ul> <p><u>Facteur externes (facilitateurs)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une bonne gestion du temps, des équipements fonctionnels et avancés,</li> <li>- l'encouragement de leur équipe et des médecins,</li> <li>- le bon exemple de leur chef,</li> </ul>	<p>infirmières malaisiennes pourrait expliquer cette faible utilisation.</p> <p>Auscultation cardiaque : ...</p> <p><b>Initiative à la pratique d'évaluation physique</b></p> <p>-Prenaient l'initiative d'effectuer des évaluations physiques des patients montrant ainsi l'atteinte d'un niveau de compétence attendu des infirmières en soins intensif, qui doivent être capables d'observer les patients et d'intégrer les données de surveillance dans leurs évaluations.</p> <p><b>Le parcours éducatif n'était pas pertinent de tester</b></p> <p><b>Les facteurs influençant la pratique de EP</b></p> <p>Les facteurs influençant leur décision de réaliser des évaluations physiques correspondent à ceux identifiés dans des études antérieures. Des facteurs internes (comme la formation) et externes (comme un environnement de travail favorable) contribuent à décider de pratiquer des évaluations physiques.</p> <p><b>Éléments d'amélioration à la pratique régulière de l'EP</b></p> <p><u>Formation continue et les cours spécifiques</u></p> <p>Les infirmières pensent que la formation continue et les cours spécifiques sur les compétences d'évaluation physique amélioreraient la mise en œuvre de ces compétences. Les études de Oh et al. et de Mitoma et Yamauchi soutiennent</p>	<p>qualité des soins infirmiers.</p> <p><b>Implications et recommandations pour la pratique</b></p> <p>il ne suffit pas de simplement supposer que les infirmières en soins critiques auront des compétences exceptionnelles en évaluation physique. Pour qu'elles atteignent ce niveau de compétence, leur formation et leur préparation doivent répondre aux exigences spécifiques de ces compétences. En d'autres termes, les attentes élevées en matière de compétences ne peuvent être satisfaites que si la formation et le soutien fournis sont adéquats.</p>
--	---	--	---	--

		<p>200. Les données sont présentées sous forme de scores médians (IQR).</p> <p>- Réponses aux questions ouvertes ont été analysées manuellement et regroupées en catégories.</p>	<p>- un suivi régulier par les superviseurs.</p> <p>Huit infirmières estimaient que réduire leur charge de travail et leur paperasse pourrait augmenter la probabilité qu'elles réalisent des évaluations physiques de leurs patients.</p> <p><b><u>4 grandes suggestions pour promouvoir l'application des compétences d'évaluation physique</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. la formation continue en soins infirmiers.</li> <li>2. la participation à des cours pertinents,</li> <li>3. l'obligation d'effectuer des évaluations physiques à un moment précis</li> <li>4. la mise en œuvre de formulaires d'évaluation physique standardisés.</li> </ol>	<p>l'importance de l'éducation continue pour encourager la pratique régulière des évaluations physiques.</p> <p><b><u>Standardisation des compétences d'évaluation physique</u></b></p> <p>Certaines inf de l'étude pensent que si compétences d'EP étaient standardisées, avec des exigences précises et des formulaires spécifiques, cela améliorerait la pratique. Un protocole standard pourrait aider les infirmières à réaliser ces évaluations de manière plus systématique.</p>	
--	--	--	--	---	--